ЗИГМУНД ФРЕЙД

СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ В 26 ТОМАХ

ИЗДАТЕЛЬСТВО



Восточно-Европейский
Институт Психоанализа

SIGMUND FREUD
JOSEF BREUER

STUDIEN ÜBER HYSTERIE

ЗИГМУНД ФРЕЙД
ЙОЗЕФ БРЕЙЕР

ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТЕРИИ

ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2005

ББК 84 (4Герм)
Ф 86

Рекомендовано советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии.

Российско-австрийский проект

Международный комитет издания 1-го тома:
Главный редактор: Михаил Решетников; научный редактор: Виктор Мазин; члены комитета: Александр Белобратов (Россия); Сибилла Древс (Германия); Лидия Маринелли (Австрия); Майкл Молнар (Великобритания); Инге Шольц-Штрассер (Австрия).

Данное издание осуществлено при финансовой поддержке: Общества друзей Музея Зигмунда Фрейда, Вена (der Verein der Freunde des Sigmund Freud-Museums, Wien); фонда Содействия развитию психоанализа имени Зигмунда Фрейда, Франкфурт-на-Майне (Sigmund-Freud-Stiftung zur Förderung der Psychoanalyse, Frankfurt am Main), а также официальных спонсоров проекта: г-жи Елены Титковой (г. Новокузнецк, Россия) и г-на Сергея Щербакова (г. Антрацит, Украина).

ISBN 5-88787-024-9



БЛАГОДАРНОСТИ

В подготовке этого издания кроме редакционного коллектива принимало участие множество специалистов, наших российских и зарубежных друзей и коллег. Мы считаем своим почетным долгом выразить особую благодарность: психологу г-же Марине Миндель (Германия), предоставившей для перевода издание работ Зигмунда Фрейда 1952 года; г-же Александре Гурьевой, доставившей из Австрии последнее немецкое издание собрания сочинений Зигмунда Фрейда для сверки текста; доктору Натали Зальцман (Франция), подарившей нам Полное английское издание собрания сочинений Зигмунда Фрейда, доктору Александру Непомящему (Франция), доставившему это 26-томное собрание сочинений в Санкт-Петербург, директору музея Зигмунда Фрейда в Вене г-же Инге Шольц-Штрассер (Австрия) и Обществу друзей Музея Зигмунда Фрейда; представителю культурно-политического отдела МИД Австрии доктору Эмилю Бриксу; Чрезвычайному и полномочному послу Республики Австрия в Российской Федерации г-ну Францу Цеде; советнику по вопросам культуры Посольства Республики Австрии в Российской Федерации г-же Веронике Зейр; председателю Фонда Зигмунда Фрейда при Франкфуртском Институте имени Зигмунда Фрейда доктору Сибилле Древс за общую поддержку данного проекта; зарубежным рецензентам русского текста — члену Германской Психоаналитической Ассоциации, профессору Гансу Фолькеру Вертману и ведущему сотруднику издательства «Реклам Ферлаг» доктору Рихарду Мюллер-Шмитту; консультантам научного редактора — заместителю директора по научной работе Музея Фрейда в Вене доктору Лидии Маринелли, директору австрийской библиотеки в Санкт-Петербурге доктору Александру Белобратову, заместителю директора по научной работе Музея Фрейда в Лондоне Майклу Молнару; а также всем, кто участвовал в этой трудной, но почетной и очень интересной работе.

ПОЧЕМУ ПОЯВИЛОСЬ ЭТО ИЗДАНИЕ?

Многие работы Зигмунда Фрейда были изданы в России еще в начале XX века. В восьмидесятые годы прошлого века, отвечая реальному социальному запросу, появились десятки переизданий и несколько новых переводов. Однако далеко не все работы переведены на русский язык, да и большинство из имеющихся переводов содержали ряд недостатков, связанных с недооценкой литературных достоинств произведений Фрейда, недостаточной проработанностью психоаналитического концептуального аппарата и неизбежными искажениями «двойного перевода» с немецкого на английский, а затем на русский язык.

С тех пор как Фрейд создал психоанализ, на его основе появилось множество новых теорий, но глубокое понимание их сути, содержания и новизны возможно только путем сопоставления с идеями его основоположника. Мы надеемся, что это издание — совместный труд переводчиков, психоаналитиков, филологов-германистов и специалистов по австрийской культуре конца XIX — начала XX вв. станет важным этапом в формировании современного психоанализа в России. Помимо комментариев и послесловия в этом издании имеется дополнительная нумерация, соответствующая немецкому и английскому изданиям*, что существенно облегчает научную работу как тех, кто читает или переводит работы аналитиков, ссылающихся на Фрейда, так и тех, кто, цитируя Фрейда, хочет сверить русский перевод с оригиналом. Исходя из методических представлений, редакционный совет немного изменил порядок публикаций, и следующим выйдет биографический том собрания сочинений З. Фрейда.

---

* *Freud Sigmund.*Gesammelte Werke. Band1. S. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1999 (нумерация в тексте с индексом GW); *Breuer Josef, Freud Sigmund.* Studien über Hysterie. S. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1997 (нумерация в тексте с индексом WT); The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 2, Studies on Hysteria by Josef Breuer and Sigmund Freud, London, The Hogarth Press, 1995 (нумерация в тексте с индексом SE).

Настоящее издание это результат всей истории психоанализа в России, которая началась в 1896 году, когда московский врач Л.О. Даркшевич впервые использовал в лечении метод Брейера—Фрейда. В 1904 году в Петербурге вышла в свет первая брошюра Фрейда «О сновидении». Значительную роль в популяризации нового терапевтического метода сыграл В.П. Сербский, объединивший вокруг себя группу молодых врачей (с 1904 по 1910 г. в нее вошли Н.Е. Осипов, Ю.В. Каннабих, М.М. Асатиани, М.В. Вульф, А.Н. Бернштейн, И.Д. Ермаков и др.). Авторами первых отечественных психоаналитических работ были Н.Е. Осипов и Н.А. Вырубов. В 1913 г. вышли первые статьи И.Д. Ермакова — будущего директора второго в мире (после Берлинского) Института психоанализа и редактора серии книг «Психологической и психоаналитической библиотеки». С 1910 по 1914 г. в России издавался первый специализированный журнал «Психотерапия», где количество работ по психоанализу последовательно росло и к 1914 году составляло более половины всех публикаций. В 1921 г. И.Д. Ермаков в целях дальнейшего развития психоаналитического движения создает в Москве научный кружок по изучению «психологии художественного творчества психоаналитическим методом». В 1922 г. на основе этого кружка было учреждено Русское Психоаналитическое Общество. Помимо психоаналитиков «первой волны» в него входил ряд известных ученых, в том числе О.Ю. Шмидт и П.П. Блонский.

Сведения о психоаналитическом движении в СССР в период с 30-х по 80-е гг. XX столетия редки, разрозненны, иногда малодостоверны. Говоря о психоанализе в СССР, следует упомянуть разработки таких ученых, как Ф.Е. Бассин, В.Е. Рожнов, А.Е. Шерозия и др. И даже когда некоторые из упомянутых авторов критиковали психоанализ, достаточно искушенный читатель понимал, что в ряде случаев это был лишь единственно возможный способ изложить положения психоаналитической теории и практики для профессиональной аудитории.

В середине 80-х годов начинается возрождение психоанализа в России. В 1988 году в Москве создается первая «Российская Психоаналитическая Ассоциация» (президент — А.И. Белкин). В 1989 году учреждается «Санкт-Петербургское Психоаналитическое Общество» (президент — В.В. Зеленский), формируется Московское

Психоаналитическое Общество (президент — С.А. Аграчев). В 1991 году в Санкт-Петербурге учреждается первый в России Институт Психоанализа (с 1994 года — Восточно-Европейский Институт Психоанализа) и одновременно начинает действовать первое специализированное издательство с тем же названием. В первой половине 90-х годов значительно активизируется издательская деятельность, и впервые на русском языке издаются ранее неизвестные классические и современные работы многих зарубежных психоаналитиков. Появлению этих изданий в значительной степени способствовали известные российские ученые, такие как А.Г. Асмолов, В.А. Барабанщиков, А.И. Белкин, Н.Б. Березанская, А.М. Боковиков, А.В. Брушлинский, А.Л. Гройсман, П.С. Гуревич, В.М. Лейбин, В.И. Овчаренко, А.В. Рассохин, А.М. Руткевич, Б.Г. Херсонский, А.М. Эткинд, М.Г. Ярошевский и др.

Постепенно в российских профессиональных медицинских и психологических кругах начинает меняться отношение к психоанализу — если в начале 90-х гг. психоанализ вообще нигде не упоминался, то начиная с 1997 года практически на всех научных и практических конференциях подчеркивалось его особое значение для психотерапевтической деятельности и психологического знания, а применение психоаналитического дискурса в философских, политологических и культурологических исследованиях стало обычным явлением.

Тем не менее, следует признать, что современный российский психоанализ пока находится на этапе своего становления и развития и сейчас было бы рано говорить о какой-либо российской школе психоанализа, но она, безусловно, сформируется в течение ближайших пятнадцати-двадцати лет. И вне сомнения, это будет одна из признанных мировых школ.

Профессор
Михаил Решетников

ЗИГМУНД ФРЕЙД

ПРЕДИСЛОВИЕ

ЙОЗЕФ БРЕЙЕР

Ссылки на немецкие и английское публикации трудов Зигмунда Фрейда приведены по следующим изданиям:

1) *Freud Sigmund.* Gesammelte Werke. Band 1. S. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1999 (нумерация в тексте с индексом GW);
2) *Breuer Josef, Freud Sigmund.* Studien über Hysterie. S. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1997 (нумерация в тексте с индексом WT);
3) The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 2, Studies on Hysteria by Josef Breuer and Sigmund Freud, London, The Hogarth Press, 1995 (нумерация в тексте с индексом SE).

Примечания авторов и перевод иностранных слов приводятся внизу страницы; комментарии переводчика и редакторов даны в конце настоящего издания.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Об опыте применения нового метода исследования и лечения истерии мы сообщили в «Предуведомлении», опубликованном в 1893 году, постаравшись в сжатом виде изложить теоретические соображения, которые у нас к тому времени возникли. Здесь это «Предуведомление» воспроизводится на правах тезиса, который необходимо подкрепить примерами и доказательствами. GW 77 SE XXIX

За ним следует по порядку несколько историй болезни, отбирая которые мы, к сожалению, не могли руководствоваться исключительно научными соображениями. Все сведения были собраны нами благодаря частной практике в кругу людей образованных и читающих и зачастую касаются сугубо личной жизни наших пациентов. Мы злоупотребили бы их доверием, если бы обнародовали эти признания, рискуя тем, что пациентов могут узнать по описанию и сведения, доверенные врачу, станут известными в обществе. Поэтому нам пришлось отказаться от публикации наиболее содержательных и показательных историй болезни. Конечно, это касается прежде всего тех случаев, когда причиной болезни послужили обстоятельства сексуальной и супружеской жизни. По этой причине мы можем представить далеко не все доказательства того, что сексуальность, будучи источником психических травм и мотивом «защиты», вытеснения представлений из сознания, играет главную роль в патогенезе истерии. Именно яркие сексуальные эпизоды нам пришлось сразу исключить из книги.

За историями болезни следуют теоретические комментарии, а в заключительной главе описаны приемы лечения с помощью «катартического метода» в том виде, в каком он был разработан GW 78
невропатологом.

То обстоятельство, что в книге попадаются различные и даже противоречащие друг другу суждения, не следует рассматри-

вать как свидетельство шаткости наших представлений. Это объясняется естественными и оправданными расхождениями во мнениях двух наблюдателей, которые единодушны во всем, что касается фактов и основных представлений, хотя их пред-
SE XXX положения и трактовки не всегда совпадают.

Апрель, 1895 г.
Й. Брейер, З. Фрейд

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Точное воспроизведение текста первого издания оказалось единственным приемлемым вариантом публикации в том числе и той части книги, которая принадлежит мне*. За тринадцать лет, посвященных работе, взгляды мои настолько изменились, что невозможно было подкорректировать с учетом этих изменений прежний текст, не искажая его до неузнаваемости. Впрочем, у меня нет и повода для того, чтобы уничтожать документ, в котором запечатлены мои первоначальные представления. Я и поныне не считаю их заблуждениями, а расцениваю их как первую похвальную попытку разгадать то, в чем удалось разобраться лучше лишь ценою многолетних усилий. Внимательный читатель сможет отыскать в этой книге ростки, из которых в дальнейшем развилось учение о катарсисе (о значении психосексуального фактора, инфантилизма, травмы и символики бессознательного). Да и любому, кто интересуется развитием психоанализа на основе катартического метода, я посоветовал бы начать с «Исследований истерии» и пройти весь тот путь, который я уже преодолел.

GW 79
SE XXXI
GW 80

Вена, июль 1908 г.
З. Фрейд

---

* Д-р Брейер писал в своем предисловии ко второму изданию: «Всевозрастающим интересом, который вызывает психоанализ, по-видимому, и объясняется нынешнее внимание к «Исследованиям истерии». Издатель выразил желание переиздать книгу, первый тираж которой полностью распродан. Она перепечатывается без изменений, хотя представления и методы, описанные в первом издании, претерпели с тех пор существенные и коренные изменения. Что касается меня, то сам я в последующие годы не особенно интересовался этим предметом, никак не способствовал изменению представлений о нем и не могу добавить от себя ничего нового к тому, что было написано в 1895 году. Поэтому я и пожелал, чтобы в новом издании обе мои главы были перепечатаны безо всяких изменений». — *Прим. автора.*

ЗИГМУНД ФРЕЙД

ПРЕДУВЕДОМЛЕНИЕ

ЙОЗЕФ БРЕЙЕР

О ПСИХИЧЕСКОМ МЕХАНИЗМЕ ИСТЕРИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ

I

Заинтересовавшись одним случайным наблюдением, мы GW 81
уже несколько лет изучаем всевозможные формы и симптомы SE 3
истерии, стараясь обнаружить то, что послужило поводом для их появления, то происшествие, которое вызвало данный феномен впервые, зачастую много лет назад. В большинстве случаев при помощи простого, хотя и довольно обстоятельного опроса пациентов не удается достоверно определить эту отправную точку, отчасти из-за того, что речь нередко идет о переживаниях, обсуждать которые пациентам неприятно, но главным образом оттого, что они действительно об этом не помнят, зачастую не догадываются о причинно-следственной взаимосвязи побудительного происшествия и патологического феномена. Чаще всего необходимо подвергать пациентов гипнозу и под гипнозом вызывать воспоминания о той поре, когда симптом появился впервые; тогда удается отыскать наиболее точное и убедительное объяснение этой взаимосвязи.

Во многих случаях этот метод исследования позволил нам GW 82
добиться результатов, ценных как в теоретическом, так и в практическом отношении.

В *теоретическом* отношении они ценны потому, что убедили нас в том, что фактор случайности имеет куда большее SE 4
значение для патологии истерии, чем принято полагать. Само собой разумеется, что при «травматической» истерии синдром вызван именно несчастным случаем, а если во время истерических припадков из слов пациентов можно заключить, что им каждый раз является в виде галлюцинации одно и то же событие, которое спровоцировало первый приступ, то и здесь причинно-следственная связь вполне очевидна. Более смутно видится положение вещей при других феноменах.

Впрочем, судя по нашему опыту, *самые разнообразные феномены, относящиеся к числу спонтанных, так сказать, идиопатических симптомов истерии, связаны с побудительной травмой столь же тесно*, что и вышеназванные, *понятные в этом отношении* феномены. Подобные побудительные моменты мы смогли выявить при невралгии и анестезии всевозможных видов и зачастую многолетней давности, при контрактурах и судорогах, истерических припадках и эпилептоидных конвульсиях, которые все исследователи принимали за настоящую эпилепсию, при petit mal* и болезнях наподобие тика, при продолжительной рвоте и анорексии, вплоть до отказа от пищи, при самых разнообразных нарушениях зрения, неотступных зрительных галлюцинациях и т. п. Несоответствие между многолетним истерическим симптомом и эпизодом, давшим повод к его появлению, аналогично тому, какое мы привыкли наблюдать при травматических неврозах; чаще всего в возникновении более или менее опасного патологического феномена и его существовании все последующие годы повинны события, произошедшие в детстве.

GW 83 Зачастую эта связь столь ясна, что вполне очевидно, почему данное происшествие спровоцировало возникновение именно такого и никакого другого феномена. В подобном случае его можно совершенно четко детерминировать тем, что дало повод к его появлению. Если обратиться к простейшему примеру, то так происходит в том случае, когда болезненный аффект, появившийся во время приема пищи, подавляется, а затем вызывает тошноту и рвоту, которая сохраняется в форме истерической рвоты на протяжении нескольких месяцев. Девушка, которая дежурит у постели больного, испытывая мучительный страх, погружается в сумеречное состояние, и пока рука ее, свисающая со спинки кресла, немеет, у нее возникает пугающая галлюцинация: в результате развивается парез[1] этой руки, с контрактурой и потерей чувствительности. Девушка хочет помолиться, но не может вспомнить ни слова из молитвы; наконец ей удается произнести детскую молитву на анг-

* Petit mal *(франц.)* — слабый эпилептический припадок.

лийском языке. Позднее, когда у нее развивается истерия в тяжелой форме со множеством осложнений, она может говорить, писать и понимать только по-английски, между тем как на родном языке в течение полутора лет не понимает ни слова. Тяжелобольной ребенок наконец уснул, мать напрягла всю силу воли для того, чтобы вести себя тише и его не разбудить; но именно из-за этого намерения она начинает («истерический дух противоречия»!) громко цокать языком. В другой раз, когда ей опять нужно вести себя совершенно тихо, повторяется то же самое, и в результате у нее развивается тик, с тех пор на протяжении многих лет при волнении она всегда цокает языком. Вполне интеллигентный человек ассистирует врачам, когда его брату разгибают под наркозом коленный сустав, пораженный анкилозом[2]. В тот момент, когда сустав начинает с треском сгибаться, он сам ощущает сильную боль в коленном суставе, которая держится почти целый год, и т. п. SE 5

В других случаях связь эта не столь проста; существует, так сказать, лишь символическая взаимосвязь между побудительным случаем и патологическим феноменом, каковая вполне может возникнуть и у здорового человека во сне, когда, скажем, к душевной боли прибавляется невралгия или тошнота GW 84 сопровождает чувство нравственного отвращения. Мы обследовали пациентов, для которых такая символизация стала обычным делом. В иных случаях подобная детерминация поначалу не поддается осмыслению; к их числу относятся как раз такие типичные истерические симптомы, как гемианестезия[3] и сужение поля зрения, эпилептоформные конвульсии и т. п. Дабы изложить наши воззрения на эту группу, необходимо обсудить данную тему более обстоятельно.

На наш взгляд, такие наблюдения подтверждают *сходство в патогенном отношении обычной истерии с травматическим неврозом* и дают право расширить рамки понятия *«травматическая истерия»*. Ведь при травматическом неврозе причиной болезни является не ничтожная физическая травма, а сам ис- SE 6 пуг, *травма психическая*. Аналогичным образом, судя по результатам наших изысканий, поводом для появления многих,

если не большинства, истерических симптомов служит то, что следует называть психическими травмами. Травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли, и, разумеется, от восприимчивости пострадавшего (равно как и от условий, указанных ниже) зависит вероятность того, что это происшествие приобретет значение травмы. Нередко при обычной истерии вместо одной крупной травмы обнаруживается несколько парциальных травм, образующих группу происшествий, которые лишь в совокупности могли оказать травматическое воздействие и связаны друг с другом потому, что отчасти являются фрагментами истории страданий. Бывает, что обстоятельства, сами по себе, казалось бы, безобидные, за счет совпадения с действительно важным событием или моментом особой раздражительности приобретают значение травмы, которое не могли бы иначе приобрести, но которое с этих пор сохраняют.

Однако причинно-следственная связь между побудительной психической травмой и истерическим феноменом заключается не в том, что травма, как agent provocateur,* вызывает симптом, который затем, обретя самостоятельность, остается неизменным. Скорее следует утверждать, что психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь еще долго остается действующим фактором, и, на наш взгляд, доказывает это один весьма примечательный феномен, придающий заодно и важ-
GW 85 ное *практическое* значение полученным нами сведениям.

Сначала, к великому нашему изумлению, мы заметили, что *отдельные истерические симптомы исчезали раз и навсегда, когда удавалось со всей ясностью воскресить в памяти побудительное событие, вызывая тем самым и сопровождавший его аффект и когда пациент по мере возможности подробно описывал это событие и выражал аффект словами.* Воспоминания, лишенные аффекта, почти никогда не бывают действенными; психический процесс, который развивался первоначаль-

* Agent provocateur *(франц.)* — возбудитель болезни.

но, нужно воспроизвести как можно ярче, довести до *status nascendi** и затем «выговорить». При этом, если речь идет о симптомах раздражения, — такие симптомы, как судороги, невралгия и галлюцинации, проявляются еще раз в полную силу SE 7
и затем исчезают навсегда. Выпадение функций, параличи и анестезия тоже исчезают, хотя, разумеется, в данном случае внезапное обострение не бывает явным**.

Казалось бы, речь тут идет о непреднамеренном внушении; GW 86
пациент ожидает, что с помощью такой процедуры его избавят от недуга, и это ожидание, а не само выговаривание, является действующим фактором. Но все обстоит не так: впервые это было замечено в 1881 году, то есть в «досуггестивные» времена, благодаря спонтанному самогипнозу пациентки, и премного удивило самого исследователя, проводившего таким же образом анализ весьма запутанного случая истерии, при котором были по отдельности устранены симптомы, обусловленные отдельными причинами.

Перефразируя изречение *cessante causa cessat effectus****, мы вполне можем сделать из этих наблюдений вывод о том, что

---

* Status nascendi *(лат.)* — момент зарождения.

** Возможность проведения подобной терапии открыто признали Дельбеф и Бине[4], о чем свидетельствуют нижеследующие цитаты из Delboeuf, La magnstisme animal (Paris, 1889): *«On s'expliquerait deslors comment la magnetiseur aide a la guerison. Il remet le sujet dans l'etat ou le mal s'est manifeste et combat par la parole le meme mal, mais renaissant»* («Теперь мы можем объяснить, каким образом гипнотизер исцеляет больного. Он воскрешает в памяти больного ощущения, которые тот испытывал, пребывая в состоянии, в котором у него впервые появилась боль, и посредством слова старается унять эту давнюю боль, ныне возникающую снова), а также из Binet, *Les alterations de la personnalite. 1892, p. 243: «... peut-etre verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental, au moment meme ou le symptome a apparu pour la premiere fois, on rend se malade plus docile a une suggestion curative»* (... возможно, из-за уловки, позволяющей погрузить больного в то состояние, в котором он пребывал в прошлом в тот момент, когда симптом появился впервые, и повышается степень восприимчивости больного к лечебному внушению). В любопытной книге П. Жане *«L'automatisme psychologique»* (Paris, 1889)[5] встречается описание того, как девушку, страдавшую истерией, удалось вылечить с помощью метода, аналогичного нашему. — *Прим. автора.*

*** Cessante causa cessat effectus *(лат.)* — с устранением причины прекращается действие.

побудительное происшествие каким-то образом продолжает оказывать воздействие еще в течение многих лет, но не косвенно, не посредством промежуточных звеньев причинно-следственной цепочки, а непосредственно, как возбудитель болезни, подобно душевной боли, воспоминание о которой в состоянии бодрствующего сознания еще долго вызывает слезы: *истерики страдают по большей части от воспоминаний**.

II

SE 8 Поначалу кажется удивительным то, что давние переживания могут оказывать столь ощутимое воздействие; что воспоминания о них не идут на убыль точно так же, как все остальные наши воспоминания. Понять это нам, пожалуй, помогут следующие соображения.

GW 87 Воспоминание блекнет и лишается аффекта по многим причинам. Прежде всего это зависит от того, *последовала или не последовала энергичная реакция на событие, которое произвело сильное впечатление*. В данном случае реакцией мы называем целый ряд произвольных и непроизвольных рефлексов, благодаря которым эмпирическим путем происходит разрядка аффекта: они простираются от плача до акта мести. Если человек отреагировал на событие в должной мере, то аффект в значительной степени убывает; подмеченное в обыденной жизни, это обстоятельство нашло выражение в словах «выплеснуть чувства», «выплакаться» и т. п. Если же реакция подавляется, то связь аффекта с воспоминанием сохраняется. Оскорбление, на которое удалось ответить, хотя бы и на словах, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть.

* В тексте этого предуведомления мы не можем отделить содержащиеся в нем новшества от того, что можно встретить у других авторов, в частности у Мебиуса и Штрюмпеля[6], которые придерживались такого же мнения об истерии. Много общего с нашими теоретическими и терапевтическими выкладками мы находим в некоторых опубликованных на эту тему заметках Бенедикта[7], о котором мы поговорим в другом месте. — *Прим. автора.*

В языке учитывается различие между психическими и физическими последствиями в первом и во втором случаях, и не случайно говорят, что обида, которою пришлось снести молча, больно уязвляет. Собственно говоря, реакция пострадавшего на травму имеет «катартическое» воздействие лишь в том случае, если она является реакцией адекватной, подобно мести. Однако язык служит для человека суррогатом поступка, и с его помощью можно почти так же «отреагировать» аффект[8]. В других случаях речь сама по себе является адекватным ре-флексом, как жалобы и словоизлияния применительно к душевным мукам, связанным с тайной (исповедь!). Если человек не реагирует на происшествие поступком, словами или, в наиболее безобидных случаях, слезами, то воспоминание об этом происшествии приобретает поначалу эмоциональную окраску.

Впрочем, «отреагирование» не является единственным способом избывания, которым может располагать нормальный психический механизм здорового человека, когда тот перенес психическую травму. Даже не отреагированное воспоминание о ней включается в большой ассоциативный комплекс, занимая свое место подле других, возможно, противоречащих ему переживаний, и корректируется с учетом иных представлений. Например, после несчастного случая к воспоминанию об опасности и повторно возникающему (притупившемуся) чувству страха примыкает воспоминание о дальнейших событиях, о спасении, — сознание безопасности нынешнего положения. Воспоминание об обиде корректируется за счет уточнения подробностей, рассуждения о собственных достоинствах и т. п., и таким образом нормальному человеку удается с помощью ассоциации избыть сопровождающий воспоминание аффект. SE 9 GW 88

Затем впечатления полностью изглаживаются, воспоминания блекнут, мы, как говорится, «забываем», причем на убыль идут прежде всего те представления, которые уже не затрагивают чувства.

Из наших наблюдений явствует, что воспоминания, служащие с некоторых пор поводом для возникновения истерических феноменов, долго сохраняют необыкновенную свежесть

и первозданную эмоциональную окраску. Впрочем, необходимо упомянуть еще об одном странном обстоятельстве, которым мы впоследствии воспользовались и которое заключается в том, что этими воспоминаниями пациенты не располагают так же, как иными воспоминаниями о своей жизни. Напротив, *пациенты, пребывая в обычном психическом состоянии, об этих событиях совершенно не помнят или припоминают их только в общих чертах.* И лишь когда начинаешь расспрашивать пациентов под гипнозом, у них появляются ничуть не поблекшие воспоминания, словно произошло это совсем недавно.

Так, одна наша пациентка под гипнозом в течение полугода со всей яркостью галлюцинации день в день воспроизводила события, которые волновали ее годом ранее (в период острой истерии); безукоризненную точность воспроизведения этих событий подтверждали записи в дневнике ее матери, о существовании которого она не знала. Другая пациентка под гипнозом и во время самопроизвольных припадков с живостью, свойственной галлюцинациям, заново переживала все события, связанные с истерическим психозом, перенесенным ею десять лет назад, о котором она вплоть до того момента, когда события эти вновь воскрешались у нее в памяти, ровным счетом
GW 89 ничего не помнила. Отдельные события пятнадцати-двадцати-
SE 10 пятилетней давности, имеющие немалое значение для этиологии заболевания, она тоже припоминала с поразительной точностью и эмоциональным накалом, и воспоминания эти вызывали у нее столь же сильный аффект, что и новые впечатления.

Объяснить это можно лишь тем, что подобные воспоминания занимают исключительное положение и не идут на убыль. Судя по всему, *сами эти воспоминания соответствуют травмам, которые не были в должной мере «отреагированы»*, и при более обстоятельном рассмотрении факторов, помешавших отреагированию, можно обнаружить, по меньшей мере, два ряда условий, в том числе отсутствие непосредственной реакции на травму.

К первому разряду мы относим те случаи, когда пациенты не отреагировали на психические травмы, поскольку травма по

своей природе исключала всякую реакцию, как бывает при ничем не восполнимой потере любимого человека, или из-за того, что реакция была недопустима по социальным причинам, или от того, что речь шла о чувствах, которые пациент хотел позабыть, намеревался вытеснить из сферы сознательного мышления, сдержать и подавить[9]. Во время гипноза выясняется, что в данном случае именно такие больные темы лежат в основе истерических феноменов (истерического бреда святых и монахинь, воздержанных женщин и благовоспитанных детей). SE 11

Ко второму ряду относятся условия, сложившиеся не за счет содержания воспоминаний, а благодаря психическому состоянию, в котором пациент пребывал в момент соответствующих переживаний. Во время гипноза выясняется, что поводом для возникновения истерических симптомов могут служить и представления, которые, будучи сами по себе не слишком важными, сохраняются благодаря тому обстоятельству, что появились на фоне сильных, парализующих аффектов, например чувства страха, или непосредственно на фоне аномальных психических состояний, например полугипнотического сумеречного состояния с грезами наяву, самовнушения и т. п. В данном случае сама природа этих состояний не позволяет отреагировать на происходящее. GW 90

Разумеется, и те и другие условия могут возникать одновременно, на практике так зачастую и случается. Это происходит в том случае, когда и без того действенная травма наносится человеку, находящемуся под влиянием сильного, парализующего аффекта или в состоянии измененного сознания; но бывает, по-видимому, и так, что из-за самой психической травмы у многих людей возникает то аномальное состояние, которое, в свой черед, не позволяет на нее отреагировать.

И те и другие условия объединяет то обстоятельство, что психические травмы, не избытые за счет реакции, невозможно избыть и за счет ассоциативной переработки. В первом случае этому препятствуют намерения пациента, старающегося позабыть о неприятном происшествии и по мере сил изолировать его от ассоциации, во втором случае ассоциативная пе-

работка не происходит потому, что между нормальным состоянием сознания и состоянием патологическим, на фоне которого возникли эти представления, нет достаточно крепкой ассоциативной связи. Вскоре нам представится случай обсудить эти обстоятельства подробнее.

Стало быть, можно утверждать, *что представления, ставшие патогенными, сохраняют первозданную свежесть и силу аффекта потому, что не могут пойти на убыль за счет отреагирования и воспроизведения в том состоянии, при котором ассоциации ничем не стеснены.*

III

Коль скоро мы указали условия, каковые, судя по нашим наблюдениям, несут ответственность за то, что на основе пси-
SE 12 хических травм развиваются истерические феномены, пришла пора поговорить об аномальных состояниях сознания, на фоне
GW 91 которых возникают подобные патогенные представления, и подчеркнуть, что воспоминание о действенной психической травме можно обнаружить у пациента, пребывающего не в нормальном состоянии, а под гипнозом. Чем дольше мы изучали эти феномены, тем больше убеждались в том, что *расщепление сознания*, ярко проявляющееся в известных классических случаях в виде *double conscience**, *в рудиментарной форме наличествует при любой истерии, а предрасположенность к такой диссоциации и погружению за счет нее в аномальное состояние сознания, которое мы кратко назвали бы «гипноидным», является основным феноменом этого невроза.* Тут наши взгляды совпадают со взглядами Бине и обоих Жане[10], хотя мы недостаточно хорошо знакомы с поразительными результатами проведенного ими обследования лиц, страдающих анестезией.

Таким образом, мы хотели бы противопоставить не раз высказанному мнению о том, что «гипноз является искусственной

* Double conscience *(франц.)* — раздвоение сознания.

истерией», другое утверждение: основой и условием истерии является существование гипноидных состояний. При всех различиях между ними, эти гипноидные состояния роднит друг с другом и с гипнозом то, что возникающие на их фоне представления являются очень сильными, но лишены ассоциативной связи с прочим содержанием сознания. Между этими гипноидными состояниями может возникать ассоциативная связь, и таким образом содержание соответствующих представлений может достигать того или иного уровня психической организации. Вообще, характер и степень изолированности этих состояний от прочих сознательных процессов могут варьироваться так же как при гипнозе, простирающемся от легкой сонливости до сомнамбулизма, от полной памяти до полной амнезии.

Если подобные гипноидные состояния возникают еще до появления первых признаков заболевания, то они подготавливают почву, на которую аффект помещает патогенное воспоминание и вызванные им соматические осложнения. Так происходит при наличии предрасположенности к истерии. Однако, GW 92 судя по нашим наблюдениям, тяжелая травма (например, при травматическом неврозе), старательное подавление чувств (например, сексуальных) могут привести к расщеплению групп представлений даже у людей, прежде не имевших подобной предрасположенности, и в таком случае действует механизм психически благоприобретенной истерии. Между двумя эти- SE 13 ми крайними формами выстраивается целый ряд промежуточных, при которых степень диссоциации у пациента и величина аффекта, связанного с травмой, варьируются с обратной пропорциональностью.

Ничего нового по поводу того, чем мотивированы предрасполагающие гипноидные состояния, мы сказать не можем. Надо полагать, они зачастую возникают даже у здоровых людей, нередко склонных «грезить наяву», чему немало способствует, например, рукоделие, которым занимаются женщины. Вопрос о том, почему «патологические ассоциации», возникающие при таких состояниях, являются столь прочными и оказывают на соматические процессы влияние куда более заметное, чем то,

какое мы привыкли ожидать от представлений, равносилен вопросу о действенности гипнотического внушения вообще. Полученные нами сведения ничего нового к этому не добавляют; но они проливают свет на противоречие между утверждением, которое гласит, что «истерия является психозом», и тем обстоятельством, что среди истериков можно встретить людей, наделенных ясным и критическим умом, недюжинной волей и сильным характером. В указанных случаях таким образом можно охарактеризовать мышление человека в бодрствующем состоянии; пребывая в гипноидном состоянии, он подвержен такому же умопомрачению, какое нисходит на всех нас во сне. Но если психозы наших сновидений не влияют на нас, когда мы находимся в состоянии бодрствования, то производные гипноидных состояний вторгаются в виде истерических феноменов в жизнь наяву.

IV

GW 93 По поводу истерических припадков мы можем утверждать почти то же самое, что было сказано по поводу стойких истерических симптомов. Как известно, существует схематическое описание «сильных» истерических припадков, составленное Шарко[11], согласно которому развитие припадка в полном виде можно подразделить на четыре фазы: 1) эпилептоидную фазу; 2) фазу размашистых движений; 3) фазу *attitudes passionnelles* (фазу возникновения галлюцинаций); 4) фазу заключительного делирия. Судя по мнению Шарко, вследствие сокращения или увеличения продолжительности, отсутствия или обособления отдельных фаз возникают все те формы истерических припадков, которые на практике наблюдаются чаще, чем *grande attaque** в полном виде.

SE 14 Приступая к объяснению, рассмотрим прежде всего третью фазу, фазу *attitudes passionnelles.* В тех случаях, когда насту-

* Grande attaque *(франц.)* — сильный истерический припадок.

пает данная фаза, в течение нее происходит лишь воспроизведение в виде галлюцинаций воспоминания, имеющего важное значение для первого появления истерии, воспоминания о значительной травме kat exoken* при так называемой травматической истерии или о нескольких взаимосвязанных парциальных травмах, которые лежат в основе обычной истерии. Или же в ходе припадка воспроизводится определенное событие, значение которого возросло из-за того, что произошло оно в тот момент, когда имелась особая предрасположенность к получению травм.

Однако случаются и такие припадки, которые с виду являют собой совокупность исключительно моторных проявлений, между тем как *phase passionnelle*** при них отсутствует. Если в ходе подобного припадка при наличии подергиваний, каталептического оцепенения[12] или при *attaque de sommeil**** удается вступить в разговор с пациентом, а то и вызвать у него припадок во время гипноза, то выясняется, что даже в его основе лежит воспоминание о психической травме или о нескольких травмах, которое в иных обстоятельствах ярко проявилось бы в течение фазы возникновения галлюцинаций. У одной малень- GW 94
кой пациентки на протяжении нескольких лет случались приступы с общими судорогами, которые можно было принять и которые приняли за эпилептические припадки. С целью проведения дифференциального диагностирования ее погружают в гипнотическое состояние, и у нее тотчас начинается обычный приступ. Однако на вопрос: «Что же ты сейчас видишь?» она отвечает: «Собака, собака бежит», и действительно выясняется, что впервые приступ такого рода случился с ней после того, как за ней погналась бездомная собака. В данном случае результаты терапии улучшаются благодаря диагнозу.

Один чиновник стал истериком из-за того, что с ним грубо обошелся начальник, у него случаются припадки, во время которых он падает, беснуется и неистовствует, не произнося

---

* Kat exoken *(греч.)* — преимущественно.

** Phase passionnelle *(фр.)* — фаза возникновения галлюцинаций.

*** Attaque de sommeil *(фр.)* — погружение в сноподобное состояние.

ни слова и без единой галлюцинации. Как только удается спровоцировать припадок под гипнозом, пациент сообщает, что заново переживает всю сцену, разыгравшуюся однажды, когда начальник обругал его прямо на улице и ударил тростью. Спустя несколько дней он опять жалуется на то, что у него снова случился такой же припадок, и на сей раз во время гипноза выясняется, что он заново переживал ту сцену, из-за которой у него впервые и проявилось это заболевание; сцена разыгралась в зале суда, когда ему не удалось привлечь обидчика к ответу, и т. д.

SE 15 Воспоминания, которые возникают во время истерических припадков или которые можно в этот момент вызвать, во всех иных отношениях равнозначны происшествиям, служащим поводом для возникновения стойких истерических симптомов. Подобно последним, они затрагивают психические травмы, которые невозможно было избыть путем отреагирования или за счет ассоциативной мыслительной деятельности; подобно последним, эти воспоминания полностью или в значительной части недоступны в нормальном состоянии сознания и, по всей видимости, относятся к содержанию представлений, связанных с гипноидным состоянием сознания при ограниченной ассоциации. И наконец, их тоже можно воспроизводить в терапевтических условиях. Наблюдения не раз убеждали нас в том, что подобное воспоминание, которое доселе провоцировало припадки, утрачивает эту способность, когда под гипнозом удается вызвать соответствующую реакцию и провести его ассоциативную коррекцию.

GW 95 Двигательные феномены, возникающие при истерическом припадке, можно расценить отчасти как общие формы реакции на аффект, сопровождающий воспоминание (например, младенец сучит руками и ногами уже с определенной целью), отчасти как непосредственное выражение этого воспоминания в виде движений, хотя в какой-то степени они, подобно истерическим стигмам при стойких симптомах, не поддаются такому толкованию.

Истерический припадок кажется еще более примечательным, если вспомнить о приведенном выше наброске теории, соглас-

но которой при истерии наличествуют группы возникших в гипноидных состояниях представлений, лишенных ассоциативной связи с иными представлениями, но связанных между собой и представляющих собой более или менее организованный рудимент второго сознания, *condition seconde**. Выходит, что стойкий истерический симптом равнозначен внедрению этого второго состояния в соматическую иннервацию[13], которая обычно управляется нормальным сознанием, а истерический припадок свидетельствует о более высокой степени организации этого второго состояния, и если он возник недавно, то он знаменует тот момент, когда гипноидное сознание овладело всем существом человека, момент острой истерии; но если припадок повторяется, значит, он несет в себе воспоминание, его повторение. *Шарко* уже высказал мысль о том, что истерический припадок может быть рудиментом *condition seconde*. В момент припадка управление соматической иннервацией передается гипноидному сознанию. При этом нормальное сознание, как явствует из из-вестных примеров, не вытесняется полностью; оно может вос- SE 16
принимать даже двигательные феномены, возникающие во время припадка, между тем как принять к сведению психические процессы, происходящие в этот момент, не способно.

Как известно, в типичных случаях тяжелая истерия проте- GW 96
кает следующим образом: сначала в гипноидном состоянии формируется содержание представлений, которое, достигнув со временем необходимого объема, овладевает в момент «острой истерии» соматической иннервацией и всем существом пациента, вызывает стойкие симптомы и припадки, а затем исчезает без остатка. Если нормальный человек способен вновь овладеть собой, то во время истерических припадков опять заявляет о себе все, что сохранилось от содержания гипноидных представлений, из-за чего человек на какое-то время снова погружается в аналогичное состояние, которое, в свой черед, подвержено влиянию извне и воздействию травм. Зачастую впоследствии устанавливается своего рода равновесие между психическими группами, совместившимися в сознании этого

* Condition seconde *(франц.)* — второе состояние.

человека; припадки и нормальная жизнь следуют бок о бок, не оказывая влияния друг на друга. Припадок возникает произвольно, как возникают у нас обыкновенно воспоминания, хотя его можно и спровоцировать так же, как и воскресить любое воспоминание, следуя принципам ассоциации. Спровоцировать припадок может либо раздражение истерогенной зоны[14], либо новое переживание, напоминающее патогенное событие. Мы надеемся показать, что между двумя этими столь разными с виду условиями, в действительности, нет существенных различий и в обоих случаях затрагивается воспоминание, воспринимаемое с повышенной чувствительностью. В иных случаях равновесие это является крайне неустойчивым, припадок, будучи выражением пережитков гипноидного сознания, происходит всякий раз, когда нормальный человек утомляется и утрачивает дееспособность. Нельзя отвергать и то, что в этих случаях припадок, лишенный своего первоначального значения, может повторяться и в виде бессодержательной моторной реакции.

SE 17 В ходе дальнейшего исследования необходимо уточнить, при каких условиях истерия у пациентов находит свое выражение в виде припадков, стойких симптомов или их совокупности.

V

GW 97 Теперь можно понять, почему описанный нами метод психотерапии оказывает целительное воздействие. *Благодаря ему, первоначально не отреагированные представления лишаются силы воздействия, поскольку он позволяет избыть с помощью слов сдерживаемые аффекты, связанные с ними, и подвергнуть их ассоциативной корректировке за счет того, что они переводятся в сферу нормального сознания (в состоянии легкого гипноза) или устраняются с помощью внушения врача, как происходит при сомнамбулизме, сопровождаемом амнезией.*

Результаты, которых нам удалось добиться при лечении с помощью этого метода, мы считаем значительными. Разумеется, мы не избавляем от предрасположенности к истерии, ведь

мы не противодействуем рецидивам гипноидных состояний. На стадии формирования острой истерии наш метод тоже не позволяет предотвратить появление новых феноменов взамен прежних, которые были с большим трудом устранены. Но когда стадия обострения миновала и еще сохраняются остаточные явления в виде стойких истерических симптомов и припадков, наш метод позволяет устранить их раз и навсегда, поскольку действует радикально, и в этом отношении представляется нам более эффективным, чем прямое внушение, направленное на устранение, которое применяют ныне психотерапевты.

Даже если мы совершили еще один шаг по пути постижения психического механизма истерических феноменов, на который первым столь триумфально ступил Шарко, когда растолковал и воспроизвел экспериментальным способом параличи, вызванные травматической истерией, мы отдаем себе отчет в том, что таким образом нам удалось лишь разобраться в механизме истерических симптомов, а не понять истинные причины истерии. Мы только коснулись вопроса этиологии истерии, GW 98
да и то смогли пролить свет лишь на причины развития благоприобретенных ее форм, показать, какое значение имеет акцидентный момент для невроза.

Вена, декабрь 1892 г.



ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ФРЕЙЛЕЙН АННА О.

ЙОЗЕФ БРЕЙЕР

ФРЕЙЛЕЙН АННА О.

Фрейлейн Анна О.[1], заболевшая в возрасте 21 года (1880 г.), по всей видимости, сильно предрасположена к невропатии, поскольку у некоторых членов ее большой семьи случались психозы; родители ее в нервном отношении здоровы. Сама она никогда прежде не болела и не страдала никакими нервными недомоганиями в детстве и отрочестве; наделена недюжинным умом, поразительно развитой способностью сопоставлять факты и интуитивно предугадывать события; столь живой ум мог бы усвоить немало духовной пищи, в которой он и нуждался, но которую не получал с тех пор, как фрейлейн закончила школу. Она щедро одарена поэтическим талантом и воображением, которые подчинены весьма острому и придирчивому уму. Именно поэтому она совершенно не поддается внушению; голословные утверждения никогда не могли возыметь над ней действия, она доверяет только аргументам. На моей памяти она всегда была волевой, настойчивой и терпеливой; порой становилась упрямой и могла отказаться от своих намерений лишь по доброте душевной, ради другого человека. WT 42 SE 21

К числу главных черт ее характера относилась способность к состраданию и сочувствию; забота о бедняках и уход за больными послужили на пользу ее здоровью во время болезни, поскольку тем самым она смогла удовлетворить свою сильную душевную потребность в сострадании. Настроение ее всегда бывало слегка взвинченным: слишком радостным или чересчур мрачным; отсюда и некоторая капризность. Как ни странно, сексуальное начало у нее было не развито[2]; пациентка, жизнь которой я изучил так, как редко удается одному человеку изучить SE 22
жизнь другого, никогда не была влюблена, и ни в одной из множества галлюцинаций, появлявшихся у нее за время болезни, этот элемент душевной жизни не выступал на поверхность.

При всей безудержной живости ума девушка вела крайне однообразную жизнь в кругу семьи, где царили пуританские

нравы, и возможно, тот способ, с помощью которого она пыталась скрасить свое существование, имел решающее значение для ее болезни. Она привыкла постоянно грезить наяву и называла эти грезы «мой театр». Во время беседы родственникам казалось, что она их внимательно слушает, между тем как WT 43 она предавалась мечтам, но стоило ее окликнуть, как она тотчас отзывалась, так что никто ничего не замечал. Почти ни на минуту не прекращаясь, эта умственная деятельность соседствовала с работой по хозяйству, которую она выполняла безукоризненно. В дальнейшем я расскажу о том, каким образом именно эта вполне обычная для здорового человека мечтательность превратилась в болезнь.

Процесс развития заболевания распадается на несколько фаз, между которыми можно провести четкие границы. Таковы:

А) Латентный инкубационный период, продолжавшийся с середины июля 1880 года приблизительно до 10 декабря того же года. В течение данной фазы, которая чаще всего остается неизученной, своеобразие этого заболевания проявилось столь полно, что одного этого было достаточно для того, чтобы понять, какой интерес представляет оно в патологическом отношении. Эту часть истории болезни я изложу ниже.

Б) Период проявления заболевания: развитие своеобразного психоза, парафазии[3], сходящегося косоглазия, тяжелого расстройства зрения, полного паралича с контрактурами[4] правой руки и обеих нижних конечностей, неполного паралича левой руки, пареза затылочных мышц. Со временем контрактура правой руки и правой ноги пошла на убыль. Но из-за тяжелой психической травмы (смерти ее отца) в апреле состояние ее перестало улучшаться.

В) После этого она долго не выходила из сомнамбулического состояния, которое затем стало чередоваться с нормальным состоянием; некоторые стойкие симптомы сохранялись вплоть до декабря 1881 года.

Г) Склонность к сомнамбулическому состоянию и симптомы постепенно исчезли к июню 1882 года.

В июле 1880 года заболел отец пациентки, которого она горячо любила. У отца развился периплевритический абсцесс, который не поддавался лечению и в апреле 1881 года свел его в могилу. SE 23 В первые месяцы отцовской болезни Анна, не жалея сил, заботилась о больном, поэтому ни у кого и не вызвало особого удивления то, что мало-помалу она довела себя до истощения. Никто, включая, возможно, и саму пациентку, не замечал, что с ней творится; однако постепенно из-за слабости, анемии, отвращения к пище она стала чувствовать себя столь дурно, что пациентку, к вящей ее печали, отстранили от ухода за больным. Родственники заметили, что она кашляет, из-за этого кашля я и осмотрел ее впервые. То был типичный tussis WT 44 nervosa*. Вскоре она стала нуждаться в отдыхе в послеобеденные часы, а к вечеру погружалась в дремотное состояние, за которым следовало сильное возбуждение.

В начале декабря у нее возникло сходящееся косоглазие. Окулист (ошибочно) объяснил его парезом отводящего нерва. 11 декабря пациентка слегла и пребывала в таком состоянии до 1 апреля.

Одно за другим у нее развилось несколько тяжелых расстройств, с виду совершенно новых.

Боли в левой части затылка; сходящееся косоглазие (диплопия), степень выраженности которого значительно возрастала при волнении; по ее словам, при ходьбе она натыкалась на стены (асинклитизм). Трудно объяснимые расстройства зрения; парез передних мышц шеи, из-за которого пациентке для того, чтобы повернуть голову, приходилось втягивать ее в плечи и поворачиваться всем корпусом. Контрактура и потеря чувствительности правой руки, а чуть позднее и правой ноги; кроме того, правая нога полностью разогнута, аддуцирована и повернута вовнутрь; впоследствии такой же недуг поразил левую ногу, а вслед за ней и левую руку, пальцы которой, впрочем, сохранили некоторую подвижность. Оба плечевых сустава тоже не были полностью тугоподвижны. В наибольшей степени контрактура поразила плечевые мышцы, хотя позднее, когда по-

* Tussis nervosa *(лат.)* — нервный кашель.

явилась возможность тщательнее проверить чувствительность, оказалось, что больше всего чувствительность притупилась в области локтя. В начале болезни проверить чувствительность должным образом не удавалось, поскольку пациентка противилась этому из страха.

В таком состоянии пациентка поступила ко мне на лечение,
SE 24 и я тут же убедился в том, что в ее психике произошли серьезные изменения. Для нее были характерны два совершенно разобщенных психических состояния, которые сменяли друг друга крайне часто и неожиданно, а различие между ними с развитием болезни становилось все более заметным. Пребывая в одном состоянии, она узнавала близких, была печальной и пугливой, хотя и относительно нормальной; когда она пребывала в другом состоянии, у нее появлялись галлюцинации, она бывала «невоспитанной», то есть бранилась, кидалась в людей подушками, насколько ей позволяли делать это контрак-
WT 45 туры, — пока они вообще ей это позволяли, — отдирала пальцами пуговицы на одеялах, белье и т. д. Она не замечала посетителей, а после не могла взять в толк, отчего в комнате произошли перемены, и начинала жаловаться на то, что у нее возникают пробелы в памяти. Ей казалось, что она сходит с ума, но когда родственники пытались убедить ее в обратном или утешить, она в ответ кидалась подушками, а затем начинала жаловаться на то, что над ней издеваются, пытаются сбить ее с толку и т. д.

Такие помрачения наблюдались у нее еще до того, как она слегла; она прерывала свою речь на полуслове, повторяла последние слова и только после короткой паузы продолжала начатую фразу. Мало-помалу расстройство приобретало вышеописанные масштабы, и в период кризиса болезни, когда контрактура поразила и левую часть тела, она пребывала на дню в более или менее нормальном состоянии совсем недолго. Впрочем, и в те моменты, когда сознание ее несколько прояснялось, симптомы все равно не исчезали; у нее чрезвычайно быстро менялось настроение, она впадала из одной крайности в другую, вслед за мимолетным весельем ее охватывало чув-

ство тревоги, она упорно противилась любому врачебному вмешательству, у нее появлялись пугающие галлюцинации, собственные волосы, шнурки и т. п. казались ей черными змеями. При этом она все время пыталась убедить себя в том, что не должна поддаваться всем этим глупостям, что это не змеи, а ее собственные волосы и т. д. В те моменты, когда сознание ее полностью прояснялось, она жаловалась на то, что в голове у нее сгущается темнота и она боится ослепнуть и оглохнуть, говорила, что у нее два Я, ее собственное и еще одно, дурное, которое принуждает ее быть злой. После полудня она погружалась в дремоту и просыпалась лишь спустя час после захода солнца, сразу начинала жаловаться на то, что ее что-то мучает, SE 25
а чаще всего попросту повторяла глагол в неопределенной форме: мучить, мучить.

Связано это было с тем, что одновременно с контрактурами у нее возникло серьезное функциональное расстройство речи. Поначалу было заметно, что ей трудно подбирать слова, а со временем расстройство это стало усугубляться. Вскоре из речи ее исчезли любые признаки правильной грамматики и синтаксиса, она позабыла все правила спряжения глаголов и под конец спрягала их исключительно неправильно, употребляя в основном глаголы в неопределенной форме, образованные от причастий прошедшего времени, и говорила без артиклей. Со временем она позабыла почти все слова и с трудом подбирала недостающие слова из четырех или пяти известных ей языков, поэтому разобрать, что она говорит, было почти невозмож- WT 46
но. Когда она бралась за перо, писала она (до тех пор пока окончательно не утратила эту способность из-за контрактур) на таком же жаргоне. На протяжении двух недель она была совершенно немой и, сколько ни старалась заговорить, не могла издать ни звука. Тогда впервые я стал понимать, каков психический механизм этого расстройства. Насколько я понял, ее что-то уязвило и она решила об этом умолчать. Как только я об этом догадался и принудил ее высказаться на эту тему, исчезло торможение, из-за которого до того она не могла говорить и обо всем остальном.

Хронологически это совпало с восстановлением подвижности левой руки и левой ноги, в марте 1881 года; парафазия ослабла, однако теперь она говорила только по-английски, хотя, по всей видимости, об этом не догадывалась; пререкалась со своей сиделкой, которая ее, естественно, не понимала; лишь спустя несколько месяцев мне удалось убедить ее в том, что говорит она по-английски. Впрочем, сама она понимала близких, когда те обращались к ней по-немецки. Лишь в те мгновения, когда она испытывала сильный страх, она либо утрачивала полностью способность говорить, либо начинала сыпать вперемешку разными идиомами. В те часы, когда она чувствовала себя лучше всего и не испытывала никакого стеснения, она говорила по-французски или по-итальянски. В промежутках между этими эпизодами и теми периодами, в течение которых она говорила по-английски, у нее наблюдалась полная амнезия. Косоглазие тоже стало менее выраженным и под конец проявлялось лишь в моменты сильного волнения, да и мышцы шеи окрепли. 1 апреля она впервые встала с кровати.

Но вскоре, 5 апреля, умер ее отец, которого она обожала и
SE 26 с которым за время болезни видалась крайне редко. То была самая тяжелая психическая травма, какая только могла ее постичь. После сильного возбуждения она дня на два впала в глубокий ступор, и когда вышла из него, состояние ее заметно изменилось. На первых порах она была гораздо спокойнее, и тревога ее заметно поубавилась. Контрактура правой руки и ноги сохранилась, равно как и незначительная анестезия этих конечностей. Поле зрения у нее сильно сузилось. Глядя на букет своих любимых цветов, она различала лишь один цветок. Она сетовала на то, что не узнает людей. По ее словам, прежде она сразу узнавала лица близких людей, а теперь recognising work* дается ей с большим трудом, поскольку ей приходится сначала по отдельности разглядывать нос или волосы, чтобы затем решить, кто именно перед ней. Все люди стали казаться ей чу-
WT 47 жими и безжизненными, словно восковые куклы. Ее тяготило общество некоторых близких родственников, и этот «негатив-

* Recognising work *(англ.)* — узнавание.

ный инстинкт» постепенно усиливался. Когда в ее комнату заходил человек, чье общество прежде доставляло ей удовольствие, она поначалу узнавала и воспринимала его, но вскоре опять погружалась в свои размышления, и человек этот для нее словно исчезал. Одного меня она узнавала всегда и бодрствовала на протяжении всей нашей беседы, за исключением тех моментов, когда на нее с неизменной внезапностью нисходило помрачение с галлюцинациями.

Теперь она говорила только по-английски и не понимала тех, кто обращался к ней по-немецки. Окружающим приходилось говорить с ней по-английски; даже сиделка научилась кое-как на нем объясняться. А читала она по-французски и по-итальянски; если же ей нужно было прочитать что-нибудь вслух, она с поразительной быстротой, бегло зачитывала превосходное переложение этого текста на английский, переводя прямо с листа.

Она снова стала писать, однако делала это на своеобразный манер; писала она подвижной левой рукой, к тому же пользовалась антиквой, подражая шрифту в принадлежавшем ей томе Шекспира.

Она и прежде питалась крайне скромно, а теперь вообще отказалась от пищи, однако соглашалась принимать ее из моих рук, так что вскоре стала есть больше. От одного лишь хлеба она от- SE 27
казывалась неизменно. После трапезы она ни разу не забывала прополоскать рот и делала это даже в тех случаях, когда по какой-то причине не ела, что свидетельствует об ее отрешенности.

Она по-прежнему дремала после полудня, а на закате погружалась в глубокий сопор[5]. Если же ей хотелось о чем-то мне поведать (ниже я расскажу об этом подробнее), говорила она вразумительно, была спокойной и веселой.

В таком более или менее сносном состоянии она пребывала недолго. Спустя дней десять после смерти отца к ней вызвали врача-консультанта, на которого она не обращала ровным счетом никакого внимания, как и на остальных незнакомцев, пока я демонстрировал ему все ее странности. «That's like an examination»*, — промолвила она со смехом, когда я попросил ее

* That's like an examination *(англ.)* — это похоже на экзамен.

перевести вслух французский текст на английский. Приглашенный врач мешал ей читать, старался обратить на себя внимание, но все тщетно. То была настоящая «негативная галлюцинация», которую затем довольно часто удавалось воспроизвести
WT 48 опытным путем. В конце концов ему удалось прервать ее речь, пустив ей в лицо струю табачного дыма. Тут она неожиданно заметила незнакомца, кинулась к двери, принялась дергать ключ и без чувств повалилась на пол; за этим последовала вспышка ярости, а за ней — сильный приступ страха, который мне удалось унять с большим трудом. На беду мне пришлось уехать в тот же вечер, а вернувшись через несколько дней, я обнаружил, что больной стало гораздо хуже. За все это время она ни разу не притронулась к пище, ею овладел страх, в моменты помрачения сознания ее преследовали пугающие галлюцинации: черепа и скелеты. Поскольку в такие моменты она иногда подавала красноречивые трагические реплики, окружающие в целом имели представление о содержании этих галлюцинаций. После полудня она дремала, после захода солнца погружалась в состояние глубокого гипноза, для которого подыскала собственное название — «clouds» (облака). Если ей удавалось рассказать о галлюцинациях, которые возникали у нее в течение дня, то после пробуждения сознание ее бывало ясным, сама она была спокойной, бодрой, принималась за работу, рисовала или писала всю ночь напролет, пребывая в здравом уме; около четырех часов утра она укладывалась в постель, а на следующий день разыгрывались те же сцены, что и накануне. Контраст между невменяемой, затравленной галлюцинациями боль-
SE 28 ной особой, какой она была днем, и вполне здравомыслящей девушкой, какой она была ночью, представлялся совершенно поразительным.

Несмотря на эту ночную эйфорию, психическое ее состояние неуклонно ухудшалось; она отчаянно порывалась покончить с собой, поэтому содержание ее на четвертом этаже было признано нецелесообразным. По этой причине больную вопреки ее воле отправили в поместье неподалеку от Вены (7 июня 1881 года). Лично я ни разу не грозился увезти ее из дома[6], хотя

сама она втайне ожидала и опасалась отъезда, который внушал ей ужас. Это позволило лишний раз убедиться в том, что ведущая партия в ее психическом расстройстве принадлежит страху. В свое время она успокоилась после смерти отца; так и теперь, когда произошло то, чего она боялась, волнение ее улеглось. Правда, без осложнений не обошлось: три дня и три ночи после переезда она вообще не спала и отказывалась принимать пищу, не оставляла (в саду, впрочем, безобидные) попытки покончить с собой, била окна и т. п., у нее возникали галлюцинации, которые не сопровождались помрачением сознания, но их она вполне отличала от подлинных событий. Вскоре она угомонилась, приняла пищу из рук сиделки и даже выпила перед сном хлорал[7].

Прежде чем перейти к изложению дальнейшего хода событий, следует сделать отступление, чтобы передать все своеобразие этой истории болезни, о котором до сих пор я упоминал лишь вскользь. WT 49

Как уже отмечалось, прежде больная каждый день после полудня пребывала в дремотном состоянии, которое после захода солнца переходило в глубокий сон (clouds). (Вполне резонно сделать вывод о том, что такая периодичность была обусловлена обстоятельствами растянувшегося на несколько месяцев ухода за больным отцом. По ночам она бодрствовала, сидя возле постели больного, или лежала в своей кровати, прислушиваясь к его дыханию и до утра не смыкая глаз от страха; после полудня она ненадолго укладывалась вздремнуть, как поступает большинство сиделок, и, скорее всего, именно эта привычка к бодрствованию по ночам и дневному сну отозвалась на характере ее болезни и сохранялась, несмотря на то, что сон уже давно уступил место гипнотическому трансу.) Если сопор длился около часа, она становилась беспокойной, начинала ворочаться с боку на бок, то и дело выкрикивая: «Мучить, мучить», причем глаза ее всегда оставались закрытыми. Вместе с тем окружающие заметили, что днем в моменты помрачения сознания она явно воображала какую-то сцену или историю, о характере которой можно было судить по тем отрывочным фра-

SE 29 зам, что она бормотала. И вот однажды, когда она жаловалась на то, что ее «мучают», кто-то из близких поначалу ненароком обронил, а затем намеренно повторил одну из ее реплик; она тотчас заговорила и начала описывать какую-то сцену или рассказывать какую-то историю, поначалу говоря с запинками на своем парафазическом жаргоне, но чем дольше она говорила, тем более гладкой становилась ее речь, и под конец она изъяснялась уже на вполне правильном немецком языке. (Заговорила на нем впервые с тех пор, как полностью перешла на английский язык.) Истории ее, неизменно печальные, бывали временами очень красивыми, во вкусе сказок Андерсена из сборника «Картинки-невидимки»[8], и, вероятно, по их образцу и сочинялись; чаще всего история начиналась с того, что главная героиня, некая девушка, в страхе сидела возле постели больного; впрочем, иной раз она излагала и совершенно другие сюжеты. Закончив рассказ, она на мгновение просыпалась, выглядела спокойной или, по ее собственному определению, «примирившейся» (умиротворенной). К ночи она снова начинала беспокоиться, а на следующий день, после двух часов сна, опять бывала поглощена другими фантазиями. Когда ей однажды не удалось поведать мне свою историю во время вечернего
WT 50 сеанса гипноза, успокоиться перед сном она не смогла, а на следующий день ей пришлось рассказать уже две истории кряду для того, чтобы себя успокоить.

На протяжении полутора лет все описанные симптомы, периодичность помрачений сознания и их усиление вплоть до погружения в самогипноз по вечерам, психическое возбуждение, вызываемое фантазиями, а также снижение и устранение возбуждения за счет выговаривания под гипнозом, по существу, оставались неизменными.

После смерти отца истории ее стали, естественно, более трагичными, однако лишь в связи с ухудшением ее психического состояния, за которым последовала уже описанная яркая вспышка сомнамбулизма; ее вечерние рассказы утратили характер более или менее отвлеченных поэтических вымыслов и обернулись чередой страшных, пугающих галлюцинаций,

о каковых можно было составить общее представление за день по поведению больной. Впрочем, я уже писал о том, до какой степени ей удавалось облегчить душу после того, как она, содрогаясь от ужаса и отвращения, описывала словами пугающие SE 30
образы, которые ей являлись.

Пока она жила в деревне, где я не мог навещать ее ежедневно, события обычно развивались следующим образом: я приезжал вечером, незадолго до того, как она, по моим расчетам, должна была погрузиться в гипнотическое состояние, и выслушивал рассказ обо всех фантазиях, которые накопились у нее со времени моего последнего визита. Для того чтобы это принесло хорошие результаты, она должна была выговориться полностью. После этого она совершенно успокаивалась и на следующий день была любезной, покладистой, старательной, даже веселой; на второй день она становилась более капризной, строптивой, неприветливой, а на третий день — и того хуже. Когда она пребывала в таком настроении, ее даже под воздействием гипноза не всегда легко было заставить выговориться, для каковой процедуры она подыскала два названия, одно точное и серьезное — «talking cure» (лечение разговором), а другое шуточное — «chimney-sweeping» (прочистка дымохода). Она знала, что, выговорившись, избавится от упрямства и растратит всю «энергию», и вот когда (после долгого перерыва) настроение у нее портилось и она наотрез отказывалась говорить, мне приходилось требовать, упрашивать ее и даже пользоваться кое-какими уловками, например, повторять стереотипный зачин всех ее историй. Впрочем, она всегда начинала говорить WT 51
лишь после того, как тщательно ощупывала мои руки, чтобы убедиться, что перед ней именно я. Для того чтобы успокаивать ее по ночам, когда выговориться она не могла, ей приходилось давать хлорал. Я опробовал разные дозы и остановился на пяти граммах. Сну предшествовало длительное наркотическое опьянение, в моем присутствии ей было весело, а пока меня не было, она погружалась в крайне неприятное состояние тревожного возбуждения. (Между прочим, это тяжелое наркотическое опьянение никак не отзывалось на контрактуре.) Я мог

бы и не давать ей наркотики, поскольку, выговорившись, она, если и не засыпала, то, по крайней мере, успокаивалась. Но когда она жила в деревне, ночи в промежутках между гипнотическими сеансами, приносившими ей облегчение, были столь невыносимыми, что волей-неволей приходилось прибегать к
SE 31 хлоралу; со временем она стала меньше в нем нуждаться.

Она больше не погружалась в сомнамбулическое состояние надолго; тем не менее одно состояние сознания по-прежнему сменялось другим. Посреди разговора у нее возникали галлюцинации, она убегала, пыталась вскарабкаться на дерево и т. п. Если ее удерживали, то немного погодя она подхватывала незаконченную фразу, как ни в чем не бывало. Однако затем под воздействием гипноза она описывала все свои галлюцинации.

В целом состояние ее улучшилось; от еды она не отказывалась, благосклонно относилась к тому, что сиделка кормила ее с ложечки, и категорично сжимала губы только тогда, когда ощущала прикосновение куска хлеба; парез ноги с контрактурой в значительной степени пошел на убыль; кроме того она смогла по достоинству оценить посещавшего ее врача, моего друга доктора Б., и привязалась к нему. Весьма благотворно подействовало на нее и общение с подаренным ей ньюфаундлендом, которого она страстно любила. Однажды на моих глазах разыгралась замечательная сцена: когда ее любимец накинулся на кошку, эта слабая девушка схватила левой рукой кнут и начала охаживать им огромного пса, чтобы спасти жертву. Впоследствии она ухаживала за больными бедняками, что тоже пошло ей на пользу.

Безусловное доказательство того, что комплекс представлений, возникавших у нее в периоды помрачения сознания, когда она пребывала в condition seconde, будоражил ее и оказывал на нее болезнетворное воздействие, между тем как выговаривание под гипнозом приносило ей облегчение, я получил после возвращения из отпуска, длившегося несколько недель. Пока меня не было, talking cure не проводилось, поскольку больная
WT 52 не соглашалась рассказывать о своих фантазиях никому, кроме меня, в том числе и доктору Б., хотя искренне к нему при-

вязалась. Я застал ее в мрачном расположении духа, она была вялой, строптивой, капризной и даже озлобленной. Из того, что она рассказывала по вечерам, явствовало, что источник, из которого она черпала вдохновение для своих поэтических вымыслов, иссяк; она все чаще описывала свои галлюцинации и рассказывала о том, что вызывало у нее раздражение за истекшие дни; фантастические по форме, истории эти были, по существу, лишь изложены с помощью поэтических клише, но не дотягивали до уровня поэм. Состояние ее стало сносным лишь после того, как я разрешил пациентке переехать на неделю в город и каждый вечер выуживал из нее по три-пять SE 32 историй. Когда я с этим управился, запас ее историй, скопившихся за несколько недель моего отсутствия, был исчерпан. Только после этого был восстановлен прежний ритм ее душевной жизни, и с тех пор, выговорившись, она опять бывала на следующий день любезной и веселой, на второй день становилась более раздражительной и грубой, а на третий день — совершенно несносной. Нравственное ее состояние в полной мере зависело от того, что произошло за время, истекшее с того момента, когда она в последний раз выговорилась, поскольку любая случайная фантазия и любое событие, истолкованное той частью ее психики, которая была затронута болезнью, оставались сильными психическими раздражителями до тех пор, пока она не рассказывала о них под гипнозом, а вот после этого вообще переставали на нее действовать.

Когда пациентка вернулась осенью в город (поселившись теперь не в той квартире, где ее постигла болезнь), состояние ее, как физическое, так и душевное, было сносным, и болезненное психическое раздражение могли вызвать у нее далеко не все, а лишь самые значительные события. Я надеялся на то, что с каждым днем состояние ее будет улучшаться, поскольку психика ее будет избавлена от необходимости подолгу выдерживать бремя новых раздражителей, коль скоро она регулярно выговаривается. Поначалу я испытал разочарование. В декабре ее психическое состояние значительно ухудшилось, она снова была взвинченной, пребывала в меланхолии, раздража-

лась, и «совершенно удачные дни» у нее почти не выдавались, хотя невозможно было доказать, что она что-то «утаивала». В конце декабря, под Рождество, она была обеспокоена сильнее обычного и за всю неделю не рассказала перед сном ни одной новой истории, а вместо этого говорила лишь о прежних фантазиях, которые уже описывала зимой 1880 года, пребывая в состоянии сильного страха. Покончив с описанием этих
WT 53 фантазий, она испытала заметное облегчение.

Тогда как раз исполнился год с того дня, как она разлучилась с отцом, заболела и слегла, и после этой годовщины в ее душевной жизни стала прослеживаться весьма странная система. Если прежде два состояния сознания у нее чередовались, причем с каждым днем, начиная с утра, помрачения учащались, то есть она все чаще погружалась в condition seconde, а под вечер пребывала уже только в этом состоянии, и различие между двумя этими состояниями заключалось лишь в том, что в одном состоянии она была нормальной, между тем как в другом состоянии — невменяемой, то теперь в одном состоя-
SE 33 нии она понимала, что на дворе стоит зима 1881—1882 гг., а в другом состоянии переживала заново события минувшей зимы 1880—1881 гг., совершенно позабыв обо всем, что произошло с той поры. Впрочем, чаще всего казалось, что о смерти отца она все же помнит. Возвращение в прошлое представлялось ей столь убедительным, что, пребывая в новой квартире, она воображала, что находится в своей прежней комнате, и, направляясь к дверям, натыкалась на печь, которая, если смотреть от окна, была установлена в том же месте, где в прежней квартире располагалась дверь. Переход из одного состояния в другое происходил самопроизвольно, однако его легко могло спровоцировать какое-нибудь впечатление, живо напоминавшее о событиях прошлого года. Стоило протянуть ей апельсин (во время болезни она питалась на первых порах главным образом апельсинами), как она мгновенно переносилась из 1882 года в 1881 год. При этом она не просто возвращалась в некое обобщенное прошлое, а день за днем переживала заново все, что происходило минувшей зимой. Если бы она сама не рассказы-

вала мне каждый вечер во время сеансов гипноза о том, что волновало ее в соответствующий день в 1881 году, и записи в тайном дневнике, который вела ее мать в 1881 году, не подтверждали то, что она с безупречной точностью воспроизводит все основные события той поры, я мог бы лишь догадываться об этом. Таким образом, она переживала заново все события минувшего года до тех пор, пока окончательно не выздоровела в июне 1882 года.

Любопытно было наблюдать за тем, как прежние чувства, WT 54
заново возникшие на фоне condition seconde, влияли на нее, когда она пребывала в нормальном состоянии. Однажды утром больная со смехом сказала, что почему-то злится на меня; из дневника мне было известно, почему она могла на меня злиться, и во время вечернего сеанса гипноза мое предположение подтвердилось. В этот день в 1881 году я сильно разозлил пациентку. В другой раз она заявила, будто у нее что-то стряслось с глазами, и теперь она неверно различает цвета; хотя она знает, что платье у нее коричневого цвета, ей все равно кажется, будто оно синее. Я провел тест с помощью разноцветных карточек и выяснил, что она верно и четко различала все цвета и лишь цвет ткани своего платья не могла определить правильно. А все оттого, что в 1881 году в эти же дни она шила для SE 34
отца домашний халат, для которого выбрала такую же ткань, что и для своего нынешнего платья, — только синего цвета. При этом воздействие воспоминания зачастую опережало появление самого воспоминания, так что сначала ухудшалось ее состояние, и лишь потом в condition seconde мало-помалу выявлялось соответствующее воспоминание.

Хотя вечерние сеансы гипноза уже были перегружены из-за того, что обсуждать приходилось не только ее недавние фантазии, но также переживания и «vexations»* 1881 года (обо всех фантазиях, возникавших у нее в 1881 году, она, к счастью, рассказала мне еще тогда), работу пациентки и врача непомерно осложняло еще и то, что имелся третий пласт от-

* Vexations *(англ.)* — неприятности, обиды.

дельных расстройств, от каковых приходилось избавляться таким же способом, то есть обсуждать *душевные переживания, относящиеся к инкубационному периоду болезни*, растянувшемуся с июля по декабрь 1880 года, из-за которых развились все истерические симптомы и по мере выговаривания которых *симптомы эти исчезали*.

Когда во время вечернего сеанса гипноза благодаря случай-
ному, ничем не спровоцированному выговариванию впервые
исчезло одно давнее расстройство, я был крайне удивлен. Ле-
том было очень жарко, и пациентка жестоко страдала от жаж-
ды, поскольку ни с того ни с сего почувствовала, что не может
пить. Она брала в руку бокал, наполненный желанной влагой,
но стоило ей поднести бокал к губам, как она отталкивала его
как человек, страдающий водобоязнью. В этот миг сознание ее
WT 55 явно помрачалось. Питалась она исключительно фруктами, ды-
нями и т. п., чтобы утолить невыносимую жажду. Так продол-
жалось шесть недель, и вот как-то раз во время сеанса гипноза
она упомянула о своей компаньонке-англичанке, которая ей не
нравилась, и, всем своим видом выказывая отвращение, расска-
зала о том, что однажды зашла к ней в комнату и увидела, как
ее противная собачка лакает прямо из бокала. Тогда она про-
молчала из вежливости. Теперь, сполна излив свой гнев, кото-
SE 35 рый тогда ей удалось сдержать, она попросила воды, принялась
жадно пить, не выказывая ни малейшего отвращения, и очну-
лась от гипноза, держа стакан в руке. После этого расстройство
исчезло раз и навсегда. Аналогичным образом она избавилась
от своих странных неистребимых причуд, стоило ей лишь рас-
сказать о событии, которое послужило поводом для их появле-
ния. Но подлинный успех был достигнут тогда, когда таким спо-
собом впервые удалось устранить стойкий симптом, контрактуру
правой ноги, степень выраженности которой, впрочем, к тому
времени уже заметно снизилась. На основании наблюдений,
позволяющих судить о том, что у этой пациентки исчезают
симптомы истерии, как только она воспроизводит под гипно-
зом событие, послужившее поводом для возникновения того
или иного симптома, — именно на этом основании были раз-

работаны приемы проведения терапевтической процедуры, которая оказалась вполне логичной, последовательной и пригодной для систематического применения. Все симптомы, составлявшие эту запутанную картину болезни, рассматривались по отдельности; обо всех событиях, подавших повод к появлению определенного симптома, пациентка рассказывала в обратной последовательности, начиная с событий, произошедших незадолго до того, как она слегла в постель, и заканчивая теми событиями, из-за которых симптом появился впервые. Стоило ей обо всем рассказать, как симптом исчезал навсегда.

Таким образом, она «дала отповедь», среди прочего, парезам с контрактурами и анестезии, разнообразным расстройствам зрения и слуха, невралгиям, кашлю, тремору и, наконец, расстройству речи. Например, из числа расстройств зрения были по отдельности устранены сходящееся косоглазие, вызывавшее двоение в глазах; отклонение обоих зрачков вправо, из-за чего рука ее всегда оказывалась с левой стороны от предмета, который она хотела ухватить; сужение поля зрения; центральная амблиопия[9]; макропсия[10]; склонность видеть череп вместо отца; неспособность читать. Этому анализу не поддавались лишь отдельные симптомы, развившиеся за то время, что она провела в постели, в частности левосторонний парез с контрактурами, то есть симптомы, которые, WT 56
по всей вероятности, и не были напрямую спровоцированы психическими переживаниями.

Кроме того, выяснилось, что невозможно сразу вызвать у нее воспоминание о событии, которое послужило поводом для первого появления симптома. Если подобные попытки предпринимались, она не могла ничего припомнить, приходила в замешательство, и ждать приходилось еще дольше, чем в том случае, когда ей не мешали мерно разматывать ту нить из клубка воспоминаний, которую она уже ухватила. Но во время вечернего сеанса гипноза поиски затягивались неимоверно, поскольку SE 36
после «выговаривания» двух предыдущих историй больная бывала рассеянной и утомленной, не говоря уже о том, что ей требовалось время для того, чтобы восстановить в памяти во

всех подробностях последовательность событий, и поэтому я стал применять следующую процедуру. Я навещал ее поутру, гипнотизировал (для этой цели я подобрал опытным путем простейшие гипнотические процедуры) и после того, как она начинала сосредоточенно размышлять об интересующем нас симптоме, расспрашивал ее о событии, которое послужило поводом для его появления. В ответ пациентка быстро перечисляла все подобные происшествия, характеризуя каждое из них двумя-тремя ключевыми словами, которые я записывал. Затем, во время вечернего сеанса гипноза она довольно подробно описывала все обстоятельства, опираясь на мои заметки. Для того чтобы показать, насколько исчерпывающими и обстоятельными во всех отношениях бывали ее рассказы, я могу привести один пример. Пациентка обыкновенно не слышала того, кто к ней обращался. Эта мимолетная глухота дифференцировалась следующим образом:

а) Из-за рассеянности она порой не слышала, что кто-то вошел в комнату. Такое случалось 108 раз; она указала, кто заходил к ней в комнату и в каких обстоятельствах это происходило, а зачастую называла даже точную дату; все началось с того, что она не услышала, как к ней в комнату зашел отец.

б) Она не могла разобрать слова, когда говорило разом несколько человек; такое случалось 27 раз; впервые это случилось опять-таки тогда, когда отец беседовал с одним своим знакомым.

в) Она не слышала того, кто обращался непосредственно к ней; такое случалось 50 раз; все началось с того, что отец как-то раз тщетно просил ее принести ему вино.

г) У нее закладывало уши из-за сильной тряски (в экипаже и т. п.); случалось такое 15 раз; все началось с того, что младший брат начал трясти ее в пылу перебранки, когда застал ночью за подслушиванием у дверей отцовской комнаты.

WT 57 д) Она могла оглохнуть от страха, который вызывал у нее шум; происходило такое 37 раз; все началось после того,

как у отца случился приступ удушья от того, что он поперхнулся.

е) Она могла оглохнуть в моменты полного помрачения сознания; случалось такое 12 раз.

ж) Она могла оглохнуть, если долго подслушивала, и когда к ней кто-нибудь обращался, ничего не слышала; случалось такое 54 раза.

Разумеется, все эти симптомы по большому счету тождественны и обусловлены рассеянностью, помрачением сознания или страхом. Однако в воспоминаниях больной между этими эпизодами проводилась столь четкая граница, что при малейшем нарушении порядка изложения ей приходилось вносить SE 37 поправки, чтобы восстановить истинную последовательность событий, иначе она не могла продолжать рассказ. События, о которых она рассказывала, были столь скучны и незначительны, что при уточнении подробностей не могло закрасться подозрение, что она их выдумала. Проверить подлинность многих происшествий было невозможно, поскольку речь шла о душевных переживаниях. Об иных происшествиях и сопутствующих им обстоятельствах припоминали близкие пациентки.

При лечении этой пациентки я обратил внимание на следующую закономерность: когда она «выговаривала» симптом, последний проявлялся с удвоенной силой. Так, пока проводился анализ расстройства слуха, пациентка оглохла до такой степени, что временами мне приходилось общаться с ней при помощи записок. Как правило, поводом для возникновения симптома служил страх, который она испытала в период ухода за больным отцом, или какая-нибудь оплошность, допущенная ею по недосмотру, и т. п.

Ей не всегда было легко восстановить события по памяти и порой приходилось прилагать для этого немалые усилия. Однажды она вынуждена была прервать рассказ из-за того, что не могла припомнить, что последовало за описанными событиями; речь шла о галлюцинации, сильно напугавшей больную; как-то раз ей показалось, будто голова отца превратилась в череп. Пациентка и ее близкие припомнили, что однажды, еще

будучи с виду вполне здоровой, она отправилась к одному родственнику, открыла дверь комнаты и тут же упала без чувств. Дабы во всем разобраться, она при мне снова отправилась туда, но при входе в комнату опять повалилась на пол без чувств. Прояснить все удалось во время вечернего сеанса гипноза; оказалось, что при входе в комнату она видела в зеркале, стоявшем напротив, отражение своего бледного лица, на месте которого возникала фигура ее отца с черепом вместо голо-
WT 58 вы. Мы часто замечали, что в подобных случаях страх, который внушает воспоминание, препятствует его выявлению, поэтому пациентке или врачу приходится добиваться этого силой.

Сколь безупречна была внутренняя логика ее припадков, показал, в частности, следующий случай. Как уже отмечалось,
SE 38 в ту пору пациентка пребывала по ночам в condition seconde, то есть мысленно возвращалась в 1881 год. Как-то раз, проснувшись посреди ночи, она решила, что ее снова увезли из дома, и так испугалась, что переполошила весь дом. Объяснялось все просто. Накануне вечером нам удалось с помощью talking cure устранить зрительное расстройство, в том числе и то, которое появлялось у нее при condition seconde. Проснувшись ночью, она обнаружила, что находится в каком-то незнакомом помещении, ведь с весны 1881 года семья успела сменить квартиру. Эти довольно неприятные припадки удавалось предотвращать благодаря тому, что по вечерам я (по ее просьбе) прикрывал ей глаза и внушал, что она не сможет их открыть до тех пор, пока я сам не разбужу ее поутру. С тех пор переполох возник лишь однажды, когда она заплакала во сне и, просыпаясь, открыла глаза.

Поскольку в ходе анализа симптомов мы, преодолевая трудности, добрались до лета 1880 года, когда подготавливалась почва для ее болезни, я смог получить полное представление об инкубационном периоде и патогенезе этой истерии, о чем и собираюсь вкратце рассказать.

В июле 1880 года отец пациентки слег в деревне из-за субплеврального абсцесса; Анна на пару с матерью ухаживала за ним. Как-то раз она всю ночь не сомкнула глаз, охваченная

беспокойством за жизнь больного, которого сильно лихорадило, и с волнением ожидала прибытия из Вены хирурга для проведения операции. Мать ненадолго удалилась, между тем как Анна осталась сидеть возле постели больного, закинув правую руку за подлокотник кресла. Она стала грезить наяву, и ей привиделось, что по стене к больному подползает черная змея, готовая его укусить. (Весьма вероятно, что на лугу за домом и впрямь водились змеи, одна из которых однажды напугала девушку, и это переживание легло в основу галлюцинации.) Она порывалась отогнать бестию, но ее словно парализовало; правая рука, которую она закинула за подлокотник, «затекла», онемела и не двигалась, и стоило ей взглянуть на свою ладонь, как пальцы обернулись змейками с черепами вместо голов (там, где были ногти). Скорее всего, она попыталась отогнать змею онемевшей правой рукой, и поэтому потеря чувствительности и паралич руки объединились в ее сознании с этой галлюцинацией. Когда галлюцинация исчезла, ей было так страшно, что она решила помолиться, но не смогла выдавить из себя ни слова до тех пор, пока не вспомнила наконец английский детский стишок, после чего стала изъясняться и молиться только на английском языке.

WT 59

SE 39

Свисток паровоза, который доставил долгожданного врача, окончательно развеял кошмарное видение. Когда на следующий день она потянулась за обручем, залетевшим в кусты во время игры, кривая ветка напомнила ей о вчерашней галлюцинации, в тот же миг правая рука у нее одеревенела. С тех пор подобное повторялось всякий раз, когда ей на глаза попадался предмет, более или менее похожий на змею, отчего возникала соответствующая галлюцинация. Впрочем, эти галлюцинации появлялись у нее только при кратковременных помрачениях сознания, которые после той ночи стали учащаться. (Стойкой контрактура стала лишь в декабре, когда пациентка слегла и уже не вставала с постели.) Из-за другого происшествия, сведения о котором мне не удалось обнаружить в своих записях и которое я сейчас не могу припомнить, к контрактуре руки прибавилась и контрактура правой ноги.

К тому времени у нее развилась склонность к самогипнозу, сопровождаемому кратковременным помрачением сознания. Ожидая хирурга на следующий день после той самой ночи, она погрузилась в прострацию и не заметила, как он вошел в комнату. Из-за неотвязного страха она не могла спокойно поесть, у нее возникало и постепенно усиливалось ощущение тошноты. Впрочем, отдельные симптомы появились у нее по большей части на фоне аффекта. Нельзя сказать наверняка, что в такие моменты происходило временное помрачение сознания, однако допустить это можно, поскольку в бодрствующем состоянии пациентка не имела представления обо всех обстоятельствах произошедшего.

Вместе с тем некоторые симптомы появились, по-видимому, не в моменты помрачения сознания, а на фоне аффекта, возникшего во время бодрствования, но в дальнейшем проявлялись аналогичным образом. Так, можно было с большей или меньшей степенью вероятности установить, какими переживаниями обусловлены все расстройства зрения: например, когда пациентка со слезами на глазах сидела возле постели отца и тот неожиданно спросил ее, который час, она посмотрела на часы, но сколько ни
WT 60 вглядывалась, ничего не могла разобрать из-за слез, тогда она поднесла часы к глазам, и циферблат показался ей слишком большим (макропсия и сходящееся косоглазие); или же старалась унять
SE 40 слезы, чтобы больной не заметил, что она плачет.

Завязавшийся однажды спор, во время которого она смолчала, был причиной появления судорог глотки, каковые с тех пор стали возникать у нее всякий раз в подобных обстоятельствах.

Дар речи она теряла, во-первых, от страха, начиная с той ночи, когда у нее впервые возникла галлюцинация; во-вторых, с тех пор, как она в другой раз сдержалась и смолчала во время разговора (произвела активное подавление); в-третьих, с тех пор, как ей несправедливо выговорили; в-четвертых, во всех подобных обстоятельствах (когда она обижалась). Кашлять она начала после того, как однажды, сидя у постели больного, услыхала танцевальную музыку, доносившуюся из соседнего дома, и ей так захотелось там оказаться, что она стала укорять себя

за это желание. С тех пор на протяжении всей болезни у нее появлялся нервный кашель каждый раз, когда начинала звучать ритмичная музыка.

Я не слишком сожалею о том, что мои тогдашние заметки не были достаточно подробными, и теперь невозможно почерпнуть из них сведения о том, что именно послужило поводом для развития каждого симптома истерии. Сама пациентка рассказала мне о происхождении всех симптомов за вычетом тех, о которых я упоминал выше, и, как уже отмечалось, все симптомы исчезали, стоило ей рассказать о том, из-за чего симптом возник впервые.

Таким образом, я устранил все симптомы истерии. Больная твердо решила выздороветь в годовщину своего вынужденного переезда в деревню. Поэтому, начиная с июня, она принялась за talking cure с удвоенным рвением. В последний день она даже расставила мебель в своей комнате в том же порядке, что и в комнате, где лежал больной отец, дабы ей легче было припомнить во всех подробностях вышеописанную кошмарную галлюцинацию, которая легла в основу заболевания и после возникновения которой она могла думать и молиться только по-английски; припомнив эту галлюцинацию, она сразу заговорила по-немецки и избавилась от бесчисленных расстройств, на которые жаловалась прежде. Затем она уехала из Вены и отправилась в путешествие[11], хотя далеко не сразу смогла достигнуть SE 41
душевного равновесия. С тех пор она совершенно здорова.

Как я ни старался опустить в своем рассказе подробности, не WT 61
лишенные, впрочем, интереса, история болезни Анны О. все же может показаться более подробной, чем того заслуживает сама по себе ничем не примечательная истерия. Однако я бы не смог описать это заболевание, не вдаваясь в подробности, а своеобычность их представляется мне столь важной, что вполне оправдывает пространность изложения. Яйца морских ежей тоже имеют большое значение для эмбриологии не потому, что морской еж являет собой нечто из ряда вон выходящее, а благодаря тому, что их протоплазма прозрачна и, разглядывая ее, можно судить о том, какие процессы протекают в яйцах с мутной протоплазмой.

Это заболевание представляется мне интересным в первую очередь потому, что его патогенез по большей части «прозрачен» и понятен.

Будучи еще совершенно здоровой, эта девушка была предрасположена к истерии по двум причинам:

1. Она вела однообразную жизнь в кругу семьи, и при недостатке умственного труда ей приходилось выплескивать переполнявшую ее психическую энергию, постоянно задавая работу воображению;

2. Из-за этого она привыкла грезить наяву (устраивать «мой театр»), что подготавливало почву для диссоциации личности. Тем не менее даже это не выходило еще за пределы нормы; мечты или размышления, в которые погружается человек, когда выполняет работу более или менее машинально,
SE 42
сами по себе не вызывают патологическое расщепление сознания, поскольку достаточно отвлечь человека от этих размышлений, например окликнуть его, чтобы восстановилось нормальное единство личности, к тому же это не сопровождается амнезией. Что же касается Анны О., то в ее случае почва, на которой указанным образом укоренились чувства страха и тревоги, была подготовлена за счет того, что ее привычные фантазии обернулись помрачением сознания с галлюцинациями. Примечательно, что уже в тот момент, когда болезнь проявилась впервые, обнаружились все ее основные черты, остававшиеся неизменными на протяжении почти двух лет: наличие второго состояния сознания, которое поначалу
WT 62
выражалось во временном помрачении сознания, а впоследствии приобрело форму double conscience; речевая заторможенность, обусловленная страхом, который удалось унять благодаря английскому детскому стишку; развившаяся впоследствии парафазия и утрата способности изъясняться на родном языке, вместо которого она стала говорить на безупречном английском; и наконец, случайно возникший паралич правой руки, вызванный сдавливанием нерва и переросший впоследствии в правосторонний парез с контрактурами и потерей чувствительности. Механизм возникновения последне-

го симптома действовал в полном соответствии с теорией травматической истерии Шарко: пациентка перенесла незначительную травму, пребывая в гипнотическом состоянии.

Впрочем, если во время экспериментов с пациентами, у которых Шарко вызывал истерический паралич, последний тут же приобретал характер стойкого симптома и вскоре проявлялся у всех лиц, перенесших тяжкую травму на почве испуга и страдавших по этой причине травматическим неврозом, то у нашей девушки нервная система успешно сопротивлялась болезни еще целых четыре месяца. Контрактура, равно как и другие примкнувшие к ней расстройства, проявлялась у нее лишь на фоне временного помрачения сознания, когда больная пребывала в condition seconde, между тем как в нормаль- WT 63
ном состоянии к ней возвращались все умственные и физические способности, поэтому ни она сама, ни ее близкие, чье внимание, правда, было сосредоточено исключительно на тяжело больном отце Анны, ничего не замечали.

Но после того как она впервые самопроизвольно погрузилась в состояние гипноза с галлюцинациями, сопровождавшееся помрачением сознания с полной амнезией, и сопутствующие истерические феномены стали возникать чаще, больше стало и обстоятельств, способных послужить поводом для развития новых симптомов такого рода, а участившееся их повторение повлекло за собой укоренение уже имевшихся SE 43
симптомов. К тому же со временем любой неприятный, неожиданный аффект стал воздействовать на нее так же, как помрачение сознания (если вообще не вызывал временное помрачение сознания); из-за случайных совпадений возникли патологические ассоциации, и с тех пор аналогичные расстройства чувствительности и двигательные нарушения стали возникать всякий раз, когда обстоятельства складывались подобным образом, хотя поначалу носили временный, сиюминутный характер; еще до того как пациентка слегла в постель, у нее незаметно для всех набрался целый букет истерических феноменов. И только после того как больная обессилила до предела от истощения, бессонницы и неотвязной тревоги, почувствовала себя

совершенно разбитой и уже пребывала в condition seconde дольше, чем в нормальном состоянии, истерические феномены стали возникать у нее и на фоне нормального состояния и превратились из приступообразных в стойкие симптомы.

Теперь нужно ответить на другой вопрос: насколько достоверными были сведения, полученные от пациентки, и можно ли утверждать, что означенные феномены возникли указанным ею образом и именно по той причине, что она назвала. Я нисколько не сомневаюсь в достоверности ее рассказа о наиболее важных и решающих событиях. Но что касается исчезновения симптомов после того, как она дала им «отповедь», то утверждать ничего не берусь; это явление вполне можно было бы объяснить внушением. Однако сам я убедился в том, что больная всегда говорила чистую правду; все сказанное ею было теснейшим образом связано с ее глубочайшими убеждениями; все, что могли подтвердить или опровергнуть другие люди, полностью соответствовало действительности. Даже столь талантливой девушке наверняка было бы не по плечу создать на основании своих измышлений такую стройную и логичную систему, какая прослеживается в изложенной здесь истории развития ее заболевания. Нельзя, конечно, с порога отметать предположение о том, что, следуя как раз этой логике, она могла уверить себя в том, что поводом для возникновения того или иного симптома послужило событие, которого в действительности не было. Но я считаю, что и это предположение не соответствует действительности. Именно незначительность многих таких происшествий, иррациональный характер многих таких взаимосвязей свидетельствуют об их подлинности. Сама больная не понимала, каким образом танцевальная музыка может вызывать у нее кашель. Если бы она это выдумала, такое поведение было бы абсурдным. Правда, я мог предположить, что из-за угрызений совести у нее всегда возни-
SE 44 кали спазмы гортани, а под влиянием двигательных импульсов, которые ощущала охочая до танцев девушка, спазмы гортани превращались в нервный кашель. Так что сведения, полученные от больной, я считаю вполне достоверными.

Насколько справедливо предположение о том, что у других
WT 64 пациентов истерия развивается и протекает аналогичным об-

разом даже в том случае, когда у них не наблюдается condition seconde, разительно отличающееся от обычного состояния? Отвечая на поставленный вопрос, я хотел бы указать на то, что сама пациентка, равно как и врач, никогда не узнали бы вышеизложенную историю развития ее болезни, если бы не странная манера пациентки вспоминать обо всем под гипнозом и рассказывать о своих воспоминаниях врачу. Пребывая в бодрствующем состоянии, она всего этого не знала. Стало быть, на основании обследования бодрствующих пациентов невозможно судить о том, происходит ли нечто подобное и с ними, поскольку они при всем желании не могут ничего сообщить. А о том, что ее близкие почти ничего заметить не могли, я уже упоминал выше. Так что выяснить, что происходит с другими пациентами, можно лишь с помощью метода, подобного тому, который сложился благодаря самогипнозу Анны О. Поначалу справедливо было лишь предположение о том, что подобные процессы могут иметь место чаще, чем нам подсказывает наша неосведомленность по части патогенных механизмов.

Когда больная слегла и сознание ее колебалось между нормальным и «вторым» состоянием, а многочисленные истерические феномены, появившиеся порознь и носившие поначалу латентный характер, превратились в стойкие симптомы, к ним примкнула еще одна группа симптомов, по-видимому, иного происхождения, а именно паралич левосторонних конечностей с контрактурами и парез мышц шеи. Я обособляю их от остальных симптомов, поскольку они однажды исчезли и с тех пор ни разу не возникали вновь, даже в виде приступообразных или едва уловимых симптомов, — даже на заключительной стадии лечения, когда все остальные симптомы пробудились после долгого сна. Не проявлялись они и во время сеансов гипнотического анализа, а этиология их не сводилась к какому-нибудь эмоциональному переживанию или фантазии. По- SE 45
этому я полагаю, что они обязаны своим существованием отнюдь не тому психическому процессу, благодаря которому возникли остальные симптомы, а скорее вторичному развитию того неизученного состояния, что являет собой соматическую основу истерических феноменов.

На протяжении всей болезни одно состояние сознания сменялось другим, первичное состояние сознания, пребывая в котором пациентка оставалась в психическом отношении вполне нормальной, чередовалось со «вторым» состоянием сознания, каковое можно сравнить со сновидением, если принять во внимание присущее ему изобилие фантазий и галлюцинаций при наличии значительных пробелов в памяти и невозмож-
WT 65 ности контролировать и сдерживать мысли. Пребывая во втором состоянии, больная была невменяемой. И то обстоятельство, что психическое состояние больной всецело зависело от того, насколько второе состояние внедрялось в первое, позволяет, как мне кажется, получить довольно полное представление, по меньшей мере, об истерических психозах определенного рода. Каждый вечер во время гипнотического сеанса я убеждался в том, что сознание больной оставалось ясным, мысли упорядоченными, а ощущения и желания нормальными, если «в бессознательном»[12] не сохранялись производные второго состояния, действующие в качестве раздражителей; вспышки психоза, которые наблюдались у нее всякий раз, когда затягивалась пауза между процедурами, позволявшими ей избавляться от всего, что у нее за это время накопилось, как раз и свидетельствовали о том, что производные второго состояния оказывали значительное влияние на психические процессы, протекавшие на фоне «нормального» состояния. Так и тянет сказать, что у больной произошло раздвоение личности, причем одна личность была в психическом отношении нормальной, а другая — душевнобольной. Я полагаю, что на основании наблюдений за этой пациенткой можно судить о том, что происходит с другими истериками, поскольку в данном случае два состояния сознания были четко
SE 46 разграничены. Примечательно, что производные «дурного я», по выражению самой Анны О., заметно влияли на ее моральный облик. Если бы их периодически не устраняли, она превратилась бы во вздорную истеричку, упрямую, ленивую, грубую, озлобленную; но стоило устранить эти раздражители, как вновь обнаруживался ее истинный характер, являвший собой полную противоположность перечисленным качествам.

Однако сколь отчетливой ни была бы граница между двумя этими состояниями, «второе состояние» не просто внедрялось в первое, поскольку даже в самые худшие мгновения в каком-то уголке ее сознания сидел, как выражалась сама пациентка, трезвомыслящий и спокойный наблюдатель, созерцавший весь этот кавардак. Как ни странно, она могла трезво мыслить даже в тот момент, когда ею овладевал психоз; после того как симптомы истерии были устранены, пациентка ненадолго погрузилась в депрессию и стала по-ребячески обвинять себя в том, что симулировала болезнь. Как известно, подобное происходит довольно часто.

Когда два состояния сознания сливаются воедино после выздоровления, пациенту кажется, что личность его и прежде оставалась неделимой, а сам он имел полное представление обо всем этом вздоре и при желании мог в любой момент положить ему конец, иными словами, учинил все это намеренно. Впрочем, степень устойчивости нормального мышления на фоне второго состояния может сильно колебаться, и чаще всего оно не сохраняется. WT 66

О том поразительном факте, что с начала до конца заболевания все раздражители, возникавшие во втором состоянии, равно как и результаты их воздействия, надежно устранялись с помощью выговаривания под гипнозом, я уже упоминал и добавить мне к этому нечего, разве только заверить, что я это не выдумал и не внушил пациентке; для меня самого это было сущей неожиданностью, и лишь после самопроизвольного исчезновения нескольких симптомов у меня стали складываться на основе этих наблюдений приемы лечения.

Следует вкратце рассказать и об окончательном излечении пациентки. Как уже упоминалось, в процессе выздоровления беспокойство пациентки возросло, а психическое состояние ухудшилось. Казалось, все производные второго состояния на время затаились, а теперь рвутся в сознание, всплывают в памяти, внося смуту в нормальное состояние и обременяя его, хотя изначально возникают, как и прежде, на фоне condition seconde. Необходимо принимать в расчет то обстоятельство, что и в других случаях психоз, к которому приводит хроническая истерия, может иметь такое же происхождение. SE 47

ЗИГМУНД ФРЕЙД

ГОСПОЖА ЭММИ ФОН Н.

ГОСПОЖА ЭММИ ФОН Н., СОРОКА ЛЕТ, ИЗ ЛИФЛЯНДИИ

1 мая 1889 года я стал лечащим врачом одной дамы лет GW 99
сорока[1], чьи страдания и индивидуальность пробудили во мне SE 48
столь сильное участие, что я посвятил ей большую часть своего времени и задался целью добиться ее выздоровления. Она была истеричкой, с величайшей легкостью впадала в сомнамбулическое состояние, и отметив это, я решил применить в ее случае брейеров метод опроса под воздействием гипноза, о котором мне было известно из сообщений самого Брейера об обстоятельствах исцеления его первой пациентки. Я впервые решился применить на практике этот терапевтический метод, еще им не овладев, и до тех пор недостаточно долго занимался анализом[2] патологических симптомов и не проводил его с должной планомерностью. Полагаю, мне удастся изобразить состояние больной и мой собственный врачебный подход в наиболее наглядном виде, точно воспроизводя заметки, которые я делал каждый вечер в течение трех первых недель лечения. Более удачные объяснения, которыми я обязан опыту, приобретенному впоследствии, я излагаю в примечаниях и ремарках.

1 мая 1889 г. Дама, еще довольно молодая на вид, с утончен- GW 100
ными, характерной лепки чертами лица, встречает меня лежа на диване, подложив кожаный валик под голову. Ее лицо выражает волнение и боль, веки полусомкнуты, взор потуплен, кожа на лбу собралась морщинами, резко обозначились носогубные складки. Она говорит словно через силу, тихим
голосом, время от времени речь ее прерывают спазматиче- SE 49
ские запинки, доходящие до заикания. Глядя на ее сомкнутые пальцы, можно понять, что ее ни на минуту не покидает беспокойство. Частые подергивания лицевых и шейных мышц напоминают тик, при этом отдельные сочленения, в особенности правое грудинно-ключично-сосцевидное, зримо выда-

ются вперед. В дальнейшем она часто прерывает свою речь и начинает странно цокать языком, издавая звуки, которые я не могу описать*.

Вполне связный ее рассказ выдает незаурядную образованность и ум. Тем сильнее поражает то, что спустя минуту-другую она неожиданно умолкает, лицо ее искажается гримасой ужаса и отвращения, она простирает в мою сторону ладонь с растопыренными, скрюченными пальцами и выкрикивает изменившимся, преисполненным страха голосом: «Не двигайтесь — молчите — не прикасайтесь ко мне!». По всей вероятности, она находится под впечатлением какой-то пугающей галлюцинации, возникающей снова и снова, и с помощью этих слов пытается защитить себя от посягательств незнакомца**. Это отступление завершается столь же внезапно, как и началось, и больная продолжает свой рассказ без единого намека на недавнее волнение, безо всяких объяснений или извинений за свое поведение, то
GW 101 есть, по всей вероятности, — не заметив паузы***.

Об обстоятельствах ее жизни мне стало известно следующее: уже сменилось два поколения с тех пор, как ее семья, родом из центральной Германии, осела в русских прибалтийских провинциях и там разбогатела. В семье было четырнадцать детей, она родилась тринадцатой, — но выжили лишь четверо. Неимоверно деятельная суровая мать воспитывала ее добросовестно, но в большой строгости. Двадцати трех лет она
SE 50 вышла замуж за способного и толкового господина, крупного промышленника, который добился незаурядного положения, но

* Темп, в котором она издавала эти звуки, постоянно менялся; мои коллеги, бывалые охотники, сравнивали на слух их конечные тона с глухариным током. — *Прим. автора.*

** Эта фраза действительно представляла собой защитную формулу, смысл которой прояснился в дальнейшем. Впоследствии я отмечал бытование подобных защитных формул у некоторых меланхоликов, которые пытаются таким образом совладать с мучительными для них переживаниями (желанием того, чтобы с мужем или с матерью стряслось несчастье, богохульными мыслями и т. п.). — *Прим. автора.*

*** Речь идет об истерическом бреде, который перемежается с нормальным состоянием сознания, подобно тому как подлинный тик вторгается в произвольные движения, не нарушая их и не сливаясь с ними. — *Прим. автора.*

был гораздо старше нее. После непродолжительного супружества он скоропостижно скончался от паралича сердца. Это событие, равно как и заботы о двух дочерях, ныне девушках шестнадцати и семнадцати лет[3], весьма болезненных и страдающих нервическими расстройствами, она назвала причиной своего недуга. С тех пор как четырнадцать лет назад скончался ее муж, ей постоянно более или менее нездоровилось. Четыре года назад курс массажа в сочетании с электрическими ваннами принес ей временное облегчение, в остальном же все ее попытки вернуть утраченное здоровье оставались безуспешными. Она немало путешествовала и имеет множество страстных увлечений. В настоящее время она проживает в усадьбе на побережье Балтийского моря, близ большого города. Несколько месяцев назад, исстрадавшаяся, удрученная, изнуренная бессонницей и болями, она отправилась в Аббацию[4] в тщетной надежде на выздоровление, уже шесть недель пребывает в Вене, до сих пор проходила лечение у выдающегося врача.

Мое предложение разлучиться с обеими дочерями, у каждой из которых есть собственная гувернантка, и перебраться в санаторий, где я смогу навещать ее ежедневно, она принимает без единого возражения.

2-го мая вечером я посещаю ее в санатории. Я замечаю, что GW 102
она сильно вздрагивает всякий раз, когда неожиданно распахивается дверь. Поэтому я распорядился, чтобы домашние врачи и больничный персонал предваряли свое посещение громким стуком в дверь и не заходили до тех пор, пока в ответ не раздастся «войдите». Несмотря на это, она морщится и вздрагивает всякий раз, когда кто-нибудь заходит.

Сегодня она жалуется главным образом на озноб и отдающие в правую ногу боли в спине, выше гребня подвздошной кости. Я прописываю ей теплые ванны и собираюсь дважды в день проводить общий массаж тела.

Она превосходно поддается гипнозу. Стоило мне показать
ей палец и громко сказать: «Спите!», как она впала в прострацию и сознание ее затуманилось. Я внушаю ей, что она должна спать, избавиться от всех симптомов и тому подобное, — SE 51

она слушает меня с закрытыми глазами, но, несомненно, с напряженным вниманием, а лицо ее тем временем постепенно разглаживается и принимает покойное выражение. После первого сеанса гипноза у нее сохраняются смутные воспоминания о моих словах; но уже после второго сеанса возникает совершенно сомнамбулическое состояние (полная амнезия). Я сообщил ей о том, что подвергал ее гипнозу, и она безропотно погрузилась в это состояние. Еще ни разу ее не подвергали гипнозу, впрочем, могу предположить, что она читала кое-что об истерии, хотя и не знаю, какое представление о гипнотическом состоянии она из этого вынесла*.

В последующие дни по-прежнему проводилось лечение с помощью теплых ванн, двух ежедневных сеансов массажа и гипнотического внушения. Она хорошо спала, заметно поправилась
GW 103 и проводила большую часть дня в постели. Ей разрешали видеться с детьми, читать и просматривать личную корреспонденцию.

8-го мая утром она, с виду вполне нормально, рассказывает мне страшные истории о животных. Во франкфуртской газете, что лежит перед ней на столе, она прочитала о том, как один подмастерье связал какого-то малыша и запихал ему в рот белую мышь, а тот будто бы умер от страха. Доктор К. рассказал ей, что однажды послал в Тифлис целый ящик, наполненный белыми крысами. Тут в ее телодвижениях отчетливо проявляются все признаки ужаса. Рука ее несколько раз подряд конвульсивно дергается.

— Не двигайтесь, молчите, не прикасайтесь ко мне! Если бы такая тварь оказалась в кровати! (С ужасом.) Представьте себе,

* Очнувшись от гипнотического сна, она всякий раз, словно в замешательстве, оглядывалась вокруг, но, остановив взгляд на мне, казалось, приходила в себя, надевала очки, которые откладывала в сторону перед тем, как погрузиться в транс, и становилась веселой и безмятежной. Несмотря на то что в процессе лечения, которое растянулось в том году на семь, а в следующем году — на восемь недель, мы беседовали о чем угодно и я почти каждый день дважды вводил ее в гипнотическое состояние, она ни разу не обратилась ко мне с каким-либо вопросом или замечанием по поводу гипноза и, по всей видимости, в бодрствующем состоянии старалась не придавать значения тому обстоятельству, что ее гипнотизируют. — *Прим. автора.*

расстилаешь! — А там внутри дохлая крыса, уже раз-ло-жившаяся!

Проводя сеанс гипноза, я стараюсь рассеять эти зоологические галлюцинации. Пока она пребывает в трансе, я просматриваю франкфуртскую газету и действительно нахожу в ней заметку об издевательствах мальчишки-подмастерья, однако там ни словом не упоминается о мышах или крысах. Выходит, во время чтения SE 52
она дополнила историю своим собственным бредом.

Вечером я напомнил ей о нашей беседе по поводу белых мышей. Она совершенно позабыла об этом, весьма удивилась и рассмеялась от всей души*.

После обеда у нее были так называемые «прострелы»**, но, по ее словам, «продолжались недолго, всего два часа».

8-го мая вечером я вызываю ее на разговор в состоянии GW 104
гипноза, и ей удается заговорить после некоторых усилий. Говорит она тихо, всякий раз выдерживая паузу, прежде чем ответить. Выражение ее лица меняется в соответствии с содержанием рассказа и становится покойным, как только впечатление от рассказа стирается под воздействием моего внушения. Я спрашиваю ее, почему она с такой легкостью пугается. Она отвечает: «Все из-за воспоминаний о том, что произошло со мной в детстве».

— Когда?

— Впервые в пять лет, когда мои братья и сестры часто подкидывали мне дохлых зверей, тогда со мной впервые и случился обморок с подергиваниями, но моя тетя сказала, что это отвратительно, что нельзя устраивать такие припадки, и с

* Такое внезапное вторжение бреда в бодрствующем состоянии случалось у нее нередко и в дальнейшем часто происходило у меня на глазах. Она имела обыкновение жаловаться, будто бы в разговоре она часто отпускает столь абсурдные реплики, что слуги не могут ее понять. Во время первого визита я спросил ее, сколько ей лет, на что она вполне серьезно ответила: «Я — дама прошлого века». Спустя неделю она пояснила, что воображала тогда в бреду красивый старинный шкаф, который приобрела во время путешествия из любви к антикварной мебели. Этот шкаф и послужил мерилом времени, когда мой вопрос о ее возрасте дал ей повод высказаться о времени. — *Прим. автора.*

** Род мигрени. — *Прим. автора.*

тех пор они прекратились. Потом в семь лет, когда я неожиданно увидела свою сестру в гробу, потом в восемь лет, когда брат часто пугал меня, изображая привидение в белых простынях, потом в девять лет, когда я увидела тетю в гробу, а у нее внезапно отвалилась нижняя челюсть.

По-видимому, травматические события, о которых она поведала мне, отвечая на вопрос о причинах ее пугливости, уже были выстроены в такой последовательности в ее памяти; иначе она не смогла бы столь быстро собрать воедино эпизоды, относящиеся к разным периодам ее детства, в течение мимолетной паузы между моим вопросом и ее ответом на него.
SE 53 Завершая рассказ об очередном эпизоде, она всякий раз начинает дрожать всем телом, лицо ее выражает ужас и страх, а под конец последнего рассказа она широко разевает рот и тяжело дышит. Через силу она выдавливает из себя слова, передающие ужасную суть происшествия, после чего черты ее лица становятся покойными.

Отвечая на мой вопрос, она подтверждает, что во время рассказа представляла все эти сцены весьма живо и во всех красках. По ее словам, она очень часто вспоминает об этих событиях и в последние дни снова вспоминала о них. И всякий раз, когда она об этом вспоминает, сцена предстает перед ней
GW 105 словно живая*. Теперь я понимаю, почему она столь часто заводит разговор о случаях с животными и мертвецами. Моя терапия заключается в том, чтобы изгладить из ее памяти эти образы, дабы они не являлись ей снова. Для того, чтобы усилить внушение, я несколько раз провожу рукой по ее векам.

9-го мая, вечером. Она хорошо спала без дополнительного внушения, однако утром у нее заболел живот. Такие же боли появились у нее еще вчера в саду, где она засиделась с детьми. Она соглашается с тем, чтобы я ограничил время визитов детей двумя с половиной часами; на днях она корила себя за то, что оставила детей одних. Сегодня она выглядит несколько

* О подобных воспоминаниях в виде ярких визуальных образов нам сообщали многие другие истерики, особо подчеркивая, что эти воспоминания и являются патогенными. — *Прим. автора.*

возбужденной, морщит лоб, цокает языком и говорит с запинками. Во время массажа она рассказывает нам о том, что гувернантка детей принесла ей этнографический атлас, и ее ужасно напугали иллюстрации, на которых изображены индейцы, наряженные животными.

— Представьте себе, — если бы они были настоящими! (С ужасом.)

Когда она находится в состоянии гипноза, я спрашиваю, почему ее так напугали эти иллюстрации, ведь она уже перестала бояться животных. Она отвечает, что они напомнили ей о видениях, которые возникли у нее, когда умирал ее брат (ей тогда было девятнадцать лет). Я решаю пока приберечь эти воспоминания. Затем я спрашиваю ее, всегда ли она заикалась SE 54
и когда у нее впервые появился этот тик (привычка странно цокать языком)*. По ее словам, заикаться она стала из-за болезни, а тик появился у нее пять лет назад, после того как однажды, сидя у постели больной младшей дочери, она старалась сохранить полное *спокойствие*. Я пытаюсь ослабить значение этого воспоминания, говорю, что с дочерью ничего не случилось, и т. д. Она отвечает, что тик появляется у нее всякий раз, когда она испытывает тревогу или ужас. Я внушаю ей, GW 106
что вместо того чтобы бояться нарисованных индейцев, она должна показать иллюстрации мне и от всей души посмеяться над ними. Так она и поступает после пробуждения; она ищет атлас, спрашивает меня, не показывала ли она его мне, раскрывает его на нужной странице и громко смеется над гротескными фигурами, без единого намека на страх, со спокойным выражением лица. Неожиданно входит доктор Брейер в сопровождении домашнего врача. Она пугается и начинает цокать языком, поэтому оба посетителя поспешно покидают нас. Свое волнение она объясняет тем, что всякий раз, когда появляется домашний врач, ей становится неприятно.

В дальнейшем во время гипноза я устранил у нее боли в желудке с помощью поглаживаний и сказал, что, вопреки ее ожиданиям, после трапезы боли не возобновятся.

* Когда она очнулась, на вопрос о происхождении этого тика я получил от нее следующий ответ: «Не знаю; о, уже очень давно». — *Прим. автора.*

Вечером. Впервые она весела и словоохотлива, выказывает чувство юмора, которое я не ожидал обнаружить у этой серьезной дамы, и от полноты чувств, вызванных тем, что состояние ее улучшилось, потешается над врачом, лечившим ее прежде меня. По ее словам, она уже давно собиралась отказаться от его услуг, но никак не могла выбрать подходящую форму для отказа, до тех пор пока случайная фраза доктора Брейера, который однажды наведался к ней, не указала ей верное направление. Заметив, что это признание меня удивило, она пугается и начинает яростно укорять себя за неприличный поступок, но мне, кажется, удается ее успокоить. Вопреки ее ожиданиям, боли в желудке не возникали.

Во время гипноза я расспрашиваю ее о других случаях, которые до сих пор вызывают у нее страх. С такой же готовностью, как и в первый раз, она припоминает еще ряд подобных случаев, произошедших позднее в годы юности, и снова уверяет, что все
SE 55 эти сцены часто́ предстают перед ней как живые и во всех красках. Когда ей было пятнадцать лет, она видела, как ее кузину
GW 107 отправляли в сумасшедший дом; она хотела было позвать на помощь, но не смогла и на целый день, до вечера, потеряла дар речи. Поскольку в бодрствующем состоянии она очень часто упоминает о сумасшедшем доме, я прерываю ее и расспрашиваю о других случаях, которые были связаны с душевнобольными людьми. Она рассказывает, что ее мать сама провела некоторое время в сумасшедшем доме. По ее словам, в их доме служила горничная, прежняя хозяйка которой долгое время пребывала в сумасшедшем доме, и эта горничная имела обыкновение рассказывать ей жуткие истории о том, как больных там привязывают к стульям, принуждают повиноваться и т. п. Когда она об этом говорит, руки ее дрожат от страха, все это словно стоит у нее перед глазами. Я пытаюсь внести поправки в ее представления о сумасшедшем доме, внушаю ей, что впредь при упоминании о подобном заведении она не будет воспринимать это на свой счет, и тут черты ее лица разглаживаются.

Она продолжает перечислять воспоминания, которые внушают ей ужас: однажды, когда ей было пятнадцать лет, она об-

наружила, что ее мать лежит на полу, пораженная апоплексическим ударом; мать прожила еще четыре года, а когда пациентке было уже девятнадцать лет, она однажды вернулась домой и нашла там мертвую мать с искаженным лицом. Развеять эти воспоминания мне довольно трудно, и после продолжительного объяснения я уверяю ее, что эти образы впредь будут являться ей лишь в смутном и безжизненном виде. Далее она рассказывает о том, как в девятнадцатилетнем возрасте приподняла камень, увидела под ним жабу и потеряла из-за этого дар речи на несколько часов*.

Во время этого гипнотического сеанса я убедился в том, что она помнит обо всем, что происходило в ходе предыдущего сеанса гипноза, между тем как в бодрствующем состоянии она ничего не помнила.

10-го мая, утром. Сегодня она впервые приняла ванну с отрубями вместо обычной теплой ванны. При встрече со мной она недовольно морщит лицо, пряча руки под шалью, и жалуется на озноб и боли. На расспросы о том, что с ней стряслось, GW 108
она отвечает, что ей было неудобно сидеть в короткой ванне и SE 56
от этого у нее появились боли. Во время массажа пациентка начинает говорить о том, что она все же страдает из-за того, что вчера выдала доктора Брейера; я утешаю ее благой ложью, уверяя, что знал обо всем с самого начала, и благодаря этому мне удается унять ее волнение (она перестает цокать языком, исчезает лицевая контрактура). Всякий раз, когда я делаю ей массаж, уже становится заметным мое влияние: она успокаивается, начинает выражаться яснее и безо всякого гипноза догадывается о причинах своего обычного дурного настроения. Да и сама беседа, которую она ведет со мной во время массажа, не столь непреднамеренна, как может показаться с первого взгляда; скорее, в ней полностью воспроизводятся воспоминания и свежие впечатления, полученные ею со времени нашего последнего разговора, и зачастую совершенно неожиданно возникают патогенные реминисценции, которые она сама ни

* С этой жабой наверняка была связана особая символика, до сути которой я, к сожалению, не попытался добраться. — *Прим. автора.*

с того ни с сего начинает отвергать. Она словно присвоила себе мой метод и пользуется на вид непринужденной и произвольной беседой как дополнением к гипнозу[5]. Сегодня, к примеру, она заводит речь о своей семье и после всевозможных отступлений принимается за рассказ о своем кузене, туповатом чудаке, которому с согласия его родителей удалили все зубы на одной стороне рта. Свой рассказ она сопровождает жестами, выражающими ужас, и многократными повторениями своей защитной формулы: «Не двигайтесь — молчите — не прикасайтесь ко мне!». Затем черты ее лица разглаживаются и она веселеет. Так что ее поведение в бодрствующем состоянии все-таки продиктовано впечатлениями, полученными в сомнамбулическом трансе, хотя в бодрствующем состоянии она, казалось бы, не имеет о них никакого понятия.

Во время гипноза я снова спрашиваю, что ее опечалило, и получаю аналогичные ответы, хотя и в обратной последовательности: 1) ее вчерашняя болтливость, 2) боли, вызванные неудоб-
GW 109 ствами в ванне. Сегодня я спрашиваю, что означает фраза «не двигайтесь и т. д.». Она объясняет, что в тот момент, когда у нее появляются жуткие мысли, она опасается, что ход ее мыслей могут прервать, ибо тогда она окончательно запутается и ей станет еще хуже. Она произносит «не двигайтесь», поскольку ей кажется, что животные, образы которых являются ей в те моменты, когда она чувствует себя дурно, начинают оживать и набрасываются на нее, стоит кому-нибудь возле нее шевельнуться; наконец, предостережение «не прикасайтесь ко мне» навеяно следующими событиями. Когда ее брат отравился морфином и бился в ужасных припадках (ей тогда было девятнадцать лет), он то и дело неожиданно кидался на нее; как-то
SE 57 раз один знакомый потерял рассудок прямо у них в гостях и внезапно схватил ее за руку (был и третий случай такого рода, который она не может припомнить поточнее); и наконец, когда ее малютка была больна (ей тогда было двадцать восемь лет), она в бреду так крепко сжала мать в объятиях, что та едва не задохнулась. Рассказ о четырех этих случаях — несмотря на значительную разницу во времени — она поторопилась умес-

тить в одно предложение, расположив их друг за другом, словно они представляли собой одну сцену в четырех актах. Впрочем, все ее рассказы о подобных сгруппированных травмах начинаются наречием «когда», а отдельные травматические фрагменты последовательно соединены союзом «и». Заметив, что защитная формула призвана впредь уберечь ее от подобных событий, я унимаю ее страх с помощью внушения, и в дальнейшем я и впрямь не слышал от нее этой фразы.

Вечером она пребывает в хорошем расположении духа. Со смехом она рассказывает о том, что в саду ее напугала собачка, которая ее облаяла. Но лицо ее немного насуплено и заметно душевное волнение, которое улеглось лишь после того, как она спросила, не задело ли меня замечание, сделанное ею утром во время массажа, и получила от меня отрицательный ответ. Сегодня, после двухнедельного перерыва, у нее начались регулы. Я обещаю ей упорядочить ритм цикла с помощью гипнотического внушения и убеждаю ее во время гипноза, что ин- GW 110
тервал впредь должен составлять двадцать восемь дней*.

Затем, во время гипноза, я спрашиваю, помнит ли она, о чем только что рассказала мне, а сам тем временем намереваюсь довести до конца начатое накануне вечером. Однако она начинает повторять: «Не прикасайтесь ко мне», точно так же, как во время утреннего гипнотического сеанса. Следовательно, я опять подвожу ее ко вчерашней теме. Прежде я спрашивал, отчего она заикается, на что она отвечала: «Я не знаю»**. Поэтому я и велел ей припомнить об этом к сегодняшнему сеансу гипноза. Так что сегодня она отвечает, не раздумывая, хотя сильно волнуется и с трудом выговаривает слова из-за спаз- мов: «Когда однажды понесли лошади, запряженные в коляс- SE 58
ку, в которой сидели дети, и когда я в другой раз ехала с деть-

* Так оно и произошло. — *Прим. автора.*

** Ответ «я не знаю», возможно, был искренним, хотя мог также означать нежелание вообще говорить об этом. Впоследствии я заметил у других пациентов следующее: чем труднее им было вспомнить какое-то событие, тем больше усилий прилагали они даже в состоянии гипноза для того, чтобы вытеснить его из сознания. — *Прим. автора.*

ми по лесу в грозу и молния ударила в дерево прямо перед лошадьми и лошади со страху понесли, а я подумала: молчи, иначе твой крик еще пуще напугает лошадей, и тогда кучеру их не сдержать, — вот с тех пор я и стала заикаться». Этот рассказ ее чрезвычайно взволновал; кроме того, я узнал от нее, что заикаться она стала сразу после первого случая, но вскоре заикание пропало и только после второго случая приобрело устойчивый характер. Изгладив из ее памяти эти яркие сцены, я предлагаю ей вообразить их еще раз. По-видимому, она старается их припомнить, сохраняя спокойствие, и с этого момента начинает говорить в состоянии гипноза без единой спазматической запинки*.

GW 111 Поскольку мне кажется, что она расположена дать мне разъяснения, я снова спрашиваю, какие еще события в жизни напугали ее столь сильно, что у нее сохранились о них живейшие воспоминания. В ответ она рассказывает сразу о нескольких случаях такого рода: когда она, спустя год после смерти матери, гостила у одной подруги-француженки, ее вместе с другой девушкой послали в соседнюю комнату за справочником, и там она увидела, как с постели поднимается человек точно такой же наружности, что и тот, кого они только что покинули. Она оцепенела и стояла как вкопанная. Потом ей объяснили, что это была механическая кукла. Я объявляю это происшествие галлюцинацией, взывая к ее разуму, и черты ее лица разглаживаются.

Когда она ухаживала за больным братом, у того из-за морфина начались ужасные припадки, во время которых он пугал и хватал ее. Заметив, что она уже рассказывала об этом случае сегодня утром, и желая проверить, я спрашиваю, когда еще ее «хватали». Меня приятно удивляет то, что на этот раз она медлит с ответом и наконец неуверенно спрашивает: «Моя малют-

* Таким образом выясняется, что цокание языком, наподобие тика, и спазматические заикания — это два симптома, возникшие по одной причине и благодаря действию аналогичного механизма. Этому механизму я уделил внимание в небольшой статье «Случай лечения гипнозом, а также замечания об истерическом духе противоречия» [*Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. I*], но и здесь коснусь этого вопроса. — *Прим. автора.*

ка?». Два других случая (см. выше) ей припомнить не удается. Значит, мой запрет подействовал, эти случаи изгладились из ее памяти. Она продолжает: когда она ухаживала за братом, из-за ширмы внезапно высунулось бледное лицо тети, которая SE 59 пришла обратить его в католичество. Кажется, я нащупал корень ее постоянного страха перед неожиданностями и спрашиваю, когда еще происходило нечто подобное. Когда у них в доме гостил друг, он обожал тихонько прокрасться в комнату и неожиданно объявиться; когда умерла ее мать, она заболела GW 112 и отправилась на курорт, а там одна душевнобольная по ошибке несколько раз заходила ночью в ее комнату и подходила к ее постели; и наконец, когда она ехала в Аббацию, какой-то незнакомец четырежды распахивал дверь ее купе и всякий раз пристально смотрел на нее. Это вселило в нее такой ужас, что она позвала кондуктора.

Я стираю все эти воспоминания, бужу ее и заверяю, что нынешней ночью она будет спать хорошо, не преминув заранее внушить ей то же самое под воздействием гипноза. Об улучшении ее общего состояния свидетельствует то, что, по ее словам, она сегодня ничего не читала, и нынешняя жизнь напоминает ей прекрасный сон, ведь обыкновенно из-за душевного волнения она не могла ни минуты усидеть без дела.

11 мая, утро. Сегодня назначена встреча с гинекологом доктором Н., который должен осмотреть ее старшую дочь в связи с жалобами на недомогания во время месячных. Я за-стаю фрау Эмми в большом беспокойстве, которое, впрочем, не выражается столь резкими телодвижениями, как прежде; время от времени она вскрикивает: «Я боюсь, так боюсь, мне кажется, я умру». Чего же она боится, может быть, доктора Н.? Этого она не знает, просто боится. Во время гипнотического сеанса, который я провожу еще до прихода коллеги, она признается, что боится, как бы меня не задела брошенная ею вчера во время массажа фраза, которая кажется ей невежливой. Но прежде всего она боится всего нового, а значит, и нового доктора. Мне удается ее успокоить, и хотя она пару раз вздрагивает в присутствии доктора Н., в остальном держится хорошо, языком не

цокает и говорит без запинок. Когда он уходит, я вновь погружаю ее в состояние гипноза, чтобы снять напряжение, кото-
SE 60 рое могло остаться после его визита. Она сама очень довольна своим поведением, возлагает большие надежды на лечение, и
GW 113 я пытаюсь доказать ей на этом примере, что бояться всего нового вовсе не обязательно, поскольку оно может принести и благо*.

Вечером она очень оживлена, и беседа перед гипнозом помогает ей развеять множество сомнений. Во время гипноза я спрашиваю, какое событие в жизни произвело на нее самое сильное впечатление и чаще всего всплывает у нее в памяти. Это событие — смерть ее мужа. Я прошу ее рассказать об этом подробнее, что она и делает, выказывая всем своим видом глубокое волнение, но языком не цокает и не заикается.

Когда в одном, очень полюбившемся обоим местечке на Ривьере они переходили через мост, у него случился сердечный спазм, он внезапно упал, несколько минут лежал на земле, не подавая признаков жизни, но затем пришел в себя и встал. Когда, вскоре после этого, она отходила от родов, лежа в постели с младенцем, муж, который завтракал за столиком возле ее постели и читал газету, резко поднялся, как-то странно на нее посмотрел, сделал несколько шагов и замертво рухнул на пол. Она вскочила с кровати; она слышала из соседней комнаты, как вызванные врачи пытались вернуть его к жизни; но все было тщетно. После этого она продолжает: когда младшей дочери было всего несколько недель от роду, она серьезно заболела и хворала шесть месяцев, между тем как сама пациентка слегла с жестокой лихорадкой; затем она начинает запальчиво перечислять в хронологической последовательности свои жалобы на младшую дочь с таким сердитым выражением лица, с каким обычно говорят о человеке, который до смерти надоел. По ее словам, дочь долгое время вела себя очень странно, постоянно кричала и не желала спать; когда у нее парализовало левую ногу, они почти разуверились в том, что ее можно вы-

* Как показало дальнейшее, все подобные дидактические внушения не возымели никакого действия на фрау Эмми. — *Прим. автора.*

лечить; в четырехлетнем возрасте у нее начались видения; ходить и говорить она начала поздно, поэтому ее долгое время считали недоразвитой; по словам врачей, у нее было воспале- GW 114
ние головного и спинного мозга, а то и похуже. Тут я прерываю ее, напоминаю ей о том, что сейчас этот же самый ребе- SE 61
нок совершенно здоров, и стираю из ее памяти не только сами сцены, но и малейшие намеки на них, словно она при этом вообще не присутствовала, чтобы она не могла впредь воображать эти печальные события. Я заверяю ее, что она избавится от изводящей ее привычки постоянно ожидать самого худшего, а также от болей во всем теле, на которые она жаловалась только что, во время рассказа, после чего на протяжении нескольких дней она не зоводила об этом речь*.

К моему удивлению, сразу после этого внушения она заводит речь о князе Л., чей побег из сумасшедшего дома был тогда у всех на слуху, высказывает очередные соображения об ужасах, которые творятся в сумасшедших домах, где больным льют на голову ледяную воду, помещают их в какой-то аппарат и крутят в нем до тех пор, пока они не затихнут. Три дня назад, когда она впервые жаловалась, что боится сумасшедших домов, я прервал ее после первого рассказа о том, что больных там привязывают к креслу. Теперь я понимаю, что таким образом ничего не добился и теперь мне придется выслушать все ее рассуждения до конца. Когда ее рассказ подходит к концу, я избавляю ее от новых мрачных фантазий, взываю к ее разуму и убеждаю, что мне она может доверять больше, чем той глупой девице, от которой она услышала все эти жуткие росказни о порядках в сумасшедших домах. Я замечаю, что она GW 115

* На этот раз я перестарался. Когда, полтора года спустя, я снова повидался с фрау Эмми, чувствовала она себя вполне хорошо и пожаловалась мне на то, что по какой-то непонятной причине лишь очень смутно припоминает весьма важные моменты своей жизни. По ее мнению, это свидетельствовало о том, что память ее слабеет, между тем как я поостерегся давать ей объяснения по поводу такой избирательной амнезии. В данном случае терапия оказалась столь эффективной, наверное, еще и оттого, что я позволял ей излагать свои воспоминания очень подробно (гораздо подробнее того, что сохранилось в записях), между тем как сам я слишком часто довольствовался беглыми упоминаниями. — *Прим. автора.*

время от времени заикается, пока излагает эти дополнительные подробности, и снова спрашиваю ее, отчего она заикается. В ответ — молчание.

— Вы не знаете?

— Нет.

— Почему же?

— Почему? Потому что мне нельзя. (Последнюю фразу она выкрикивает запальчиво и сердито.)

Я принимаю это высказывание за свидетельство успеха моего
SE 62 внушения, однако она требует, чтобы ее вывели из гипнотического транса, и я выполняю это требование*.

12 мая. Вопреки моим ожиданиям, спала она мало и плохо. Она сильно напугана, хотя это не выражается в виде привычных телодвижений. Она не говорит о том, что с ней стряслось; лишь твердит, что у нее были дурные сны и эти образы до сих пор стоят у нее перед глазами.

— Как было бы ужасно, если бы это было явью.

Во время массажа ее удается немного расшевелить вопросами, она оживляется, рассказывает о той светской жизни, что ведет в своем вдовьем поместье на берегу Балтийского моря, о важных господах из ближайшего города, которых она имеет обыкновение приглашать к себе в гости, и т. п.

Гипноз. Она видела во сне нечто ужасное: ножки всех стульев и спинки всех кресел превратились в змей, какое-то чудовище с клювом стервятника набросилось на нее и исклевало все ее тело, а следом за ним на нее накинулись и все осталь-

* Суть этой сценки я понял лишь на следующий день. Будучи человеком своенравным, противящимся всякому принуждению в бодрствующем состоянии и в состоянии искусственного сна, она разозлилась из-за того, что я решил, будто ее рассказ закончен, и прервал его заключительным внушением. У меня имеется и немало других доказательств того, что, пребывая в гипнотическом состоянии, она придирчиво следила за моей работой. Вероятно, она хотела упрекнуть меня за то, что сегодня я прервал ее рассказ, точно так же как в прошлый раз, когда она рассуждала об ужасах, творящихся в сумасшедших домах, но не решилась и поэтому внесла эти добавления будто бы мимоходом, не обмолвившись о том, что навело ее на эту мысль. Когда на следующий день она попеняла мне за мой промах, я сразу обо всем догадался. — *Прим. автора.*

ные дикие звери и т. п. Сразу после этого она переходит к другому зоологическому бреду, но обособляет его, добавляя, что это случилось на самом деле (а не во сне). Когда она (как-то раз, в былые годы) захотела схватить клубок шерсти, тот оказался мышью и убежал, однажды во время прогулки на нее внезапно прыгнула большая жаба и т. д. Я убеждаюсь в том, что мой общий запрет пропал втуне и мне придется сгладить по отдельно- GW 116
сти каждое впечатление, внушающее ей страх*. Затем что-то наводит меня на мысль задать ей вопрос, почему и отчего у нее появились еще и боли в желудке. Мне кажется, что боли в же- SE 63
лудке возникают у нее всякий раз во время приступов зоопсии. Она нехотя ответила, что она этого не знает. Я велел ей припомнить об этом к завтрашнему дню. Тут она довольно угрюмо сказала, что вместо того чтобы расспрашивать ее, отчего возникло одно или другое, мне следовало бы выслушать то, что ей хочется рассказать. Я соглашаюсь, и она безо всякого вступления продолжает: «Когда его вынесли, я не могла поверить, что он мертв». (Она снова рассказывает о своем муже, и теперь я убеждаюсь, что причиной ее дурного настроения являются мучительные воспоминания об этой истории.) И потом она целых три года испытывала ненависть к ребенку, поскольку ей казалось, что она могла бы выходить мужа, если бы не лежала в кровати из-за ребенка. После смерти мужа на ее долю выпали лишь обиды и огорчения. Его родственники, которые всегда были настроены против их брака и испытывали раздражение из-за того, что они жили счастливо, будто бы распространяли слухи о том, что она его отравила, поэтому она собиралась обратиться в полицию[6]. С помощью одного гнусного крючкотвора родственники постарались обвинить ее во всевозможных прегрешениях. Этот мерзавец разослал повсюду своих агентов, которые устроили на нее травлю, позаботился о том, чтобы в местных газетах появлялись порочащие ее честь статьи, а затем посылал ей вырезки с этими статьями. Из-за этого она и стала бояться людей и испы-

* К сожалению, я не воспользовался этим случаем для того, чтобы выяснить значение зоопсии, например определить, до какой степени боязнь животных была обусловлена страхами, преследующими невропатов с детства, и в какой степени она носила символический характер. — *Прим. автора.*

тывать ненависть ко всем незнакомцам. Выслушав увещевания, которые я вплетаю в ее рассказ, она заявляет, что ей полегчало.

GW 117 *13 мая.* Она снова мало спала из-за болей в желудке, накануне вечером не ужинала, кроме того, жалуется на боли в правой руке. Впрочем, настроение у нее хорошее, она весела и со вчерашнего дня выказывает в обращении со мной особую любезность. Она интересуется моим мнением о самых разных предметах, которые представляются ей значительными, и ее охватывает совершенно несоразмерное происходящему волнение, когда мне, например, приходится искать необходимые для массажа салфетки и т. п. Часто цокает языком, и на лице появляется тик.

Гипноз. Вчера вечером она неожиданно догадалась, почему увиденные зверьки вырастают в ее воображении до гигантских размеров. Впервые это случилось с ней при посещении театра
SE 64 в Д., где на сцене присутствовала огромная ящерица. Вчера это воспоминание тоже терзало ее*.

Она снова начала цокать языком из-за того, что вчера у нее появились боли в подчревной области, и она старалась сдержать стоны. О том, что послужило истинным поводом для появления склонности цокать языком (см. стр. 82), она не знает. Кроме того, она вспоминает, что я велел ей выяснить, отчего у нее появились боли в желудке. Однако сама этого понять не может и просит меня помочь ей. Я спрашиваю, не приходилось ли ей после сильного возбуждения принимать пищу против своей воли. Она отвечает утвердительно. После смерти мужа она надолго утратила аппетит и принимала пищу только из чувства долга, вот тогда у нее и появились впервые боли в желудке. Я устраняю боли в желудке с помощью нескольких

* Визуальный мнемонический образ большой ящерицы, наверняка, приобрел такое значение лишь из-за того, что появился одновременно с сильным аффектом, который она, должно быть, испытала во время того спектакля. Однако, как я уже признавался, во время лечения этой больной я зачастую довольствовался самыми поверхностными сведениями и на этот раз тоже не занимался дальнейшими розысканиями. Впрочем, все это напоминает истерическую макропсию. Госпожа Эмми страдала сильной близорукостью и астигматизмом, так что многие ее галлюцинации, возможно, были спровоцированы дефектами зрительного восприятия. — *Прим. автора.*

поглаживаний в надчревной области. Тут она неожиданно начинает говорить о том, что волнует ее больше всего: «Я сказала, GW 118
что не любила малышку. Но я хочу добавить, что по моему обращению это было незаметно. Я делала все необходимое. Сейчас я упрекаю себя лишь в том, что старшенькая мне милее».

14 мая. Она здорова и весела, спала почти до восьми часов утра, жалуется лишь на слабые боли в области лучевого нерва руки, на головные и лицевые боли. Речь ее в состоянии гипноза становится все более осмысленной. Сегодня она почти не упоминает о том, что вызывает у нее ужас. Она жалуется на боли и отсутствие чувствительности в правой ноге, рассказывает о том, что в 1871 году перенесла подчревное воспаление, а затем, когда она, едва поправившись, выхаживала больного брата, у нее появились боли, которые временами вызывали даже паралич правой ноги.

Во время *гипноза* я спрашиваю, чувствует ли она себя способной вернуться к светскому образу жизни или по-прежнему SE 65
испытывает сильный страх. Она отвечает, что ей все еще становится не по себе, когда кто-нибудь стоит позади нее или вплотную к ней, и присовокупляет рассказ о других случаях, связанных с неприятными сюрпризами, которые устраивали ей особы, неожиданно возникавшие поблизости. Однажды на острове Рюген[7] она прогуливалась с дочерьми, как вдруг из-за кустов появились два человека подозрительной наружности и нанесли им оскорбление. Во время вечернего променада в Аббации из-за камня выскочил нищий и бросился перед ней на колени. Должно быть, это был безобидный сумасшедший; затем она рассказывает о том, как ее напугало ночное вторжение в ее уединенный замок.

Впрочем, нетрудно заметить, что боязнь людей очевидным образом обусловлена травлей, которой она подвергалась после смерти мужа*.

* Тогда я склонялся к предположению, что все истерические симптомы имеют психическую природу. Сейчас я назвал бы пугливость этой скромной дамы невротической (неврозом тревоги). — *Прим. автора.*

GW 119 *Вечером.* Кажется она очень веселой, но встречает меня восклицанием: «Я умираю со страху, о, я вряд ли смогу вам об этом сказать, я ненавижу себя». В конце концов, я узнаю, что ее посетил доктор Брейер и она задрожала от страха при его появлении. Когда он это заметил, она заверила его, что это не более чем эпизод, и, памятуя обо мне, испытала сожаление из-за того, что не смогла сохранить в тайне остатки прежней пугливости! На днях мне не раз приходилось замечать, насколько строго она к себе относится, с какой готовностью укоряет себя за малейшую оплошность — за то, что салфетки для массажа не лежат на своем обычном месте, за то, что у нее под рукой нет газеты, которую мне следует прочесть, пока она спит. Под первыми, самыми верхними пластами мучительных воспоминаний обнаруживается ее необычайно совестливая, склонная к самоуничижению личность, которой я, словно перефразируя древнюю поговорку «minima non curat praetor»*, втолковываю в бодрствующем состоянии и под воздействием гипноза, что между добром и злом может уместится целое множество незначительных нейтральных обстоятельств, за которые никто не должен себя упрекать. Полагаю, она внимает этим поучениям ненамного охотнее какого-нибудь средневекового монаха-от-
SE 66 шельника, готового узреть перст божий и происки дьявола в самом ничтожном происшествии, имеющем к нему отношение, и не способного даже на миг вообразить хотя бы одно местечко на свете вне связи со своей особой.

В состоянии гипноза она дополняет свои жуткие образы кое-какими деталями (например, окровавленными головами на гребне каждой волны в Аббации). Я повторяю поучения, которые адресовал ей в бодрствующем состоянии.

GW 120 *15 мая.* Она спала до половины девятого, но под утро разволновалась и при встрече со мной у нее заметен легкий тик, она цокает языком и говорит с запинками: «Я умираю от страха». На мои расспросы она отвечает, что пансион, в который поместили ее детей, расположен на пятом этаже и добраться до него можно на лифте. Вчера ей захотелось, чтобы дети спус-

* Minima non curat praetor *(лат.)* — судья не занимается мелочами.

кались тоже на лифте, а теперь она упрекает себя за такое желание, поскольку лифт не вполне надежен. Так сказал сам владелец пансиона. Известна ли мне история графини Ш., которая погибла в Риме в результате подобного несчастного случая? Мне известен лишь пансион, и я осведомлен о том, что лифт является собственностью владельца пансиона; трудно поверить, что человек, расхваливающий свой лифт в рекламе, может лично предостерегать от попытки им воспользоваться. Мне кажется, что все объясняется искажением воспоминаний под влиянием страха, я делюсь с ней своим мнением и без труда убеждаю в фантастичности ее опасений, которые кажутся теперь ей самой смешными. Вот поэтому мне и не верится, что в этом заключалась причина ее страха, и я намереваюсь расспросить ее об этом в гипнотическом состоянии. Во время массажа, который я провожу сегодня после многочисленных перерывов, она рассказывает разрозненные, едва связанные между собой истории, каковые, впрочем, могут оказаться былью, как, например, история о жабе, найденной в подвале, история об эксцентричной матери, странным образом ухаживающей за своим ребенком-идиотом, история о женщине, оказавшейся в сумасшедшем доме из-за меланхолии, и позволяют судить о том, какие мысли приходят ей в голову, когда на душе у нее неспокойно. Облегчив душу благодаря этим историям, она заметно оживляется, рассказывает о жизни в своем поместье, о своей дружбе с выдающимися людьми из Северной Германии и немецких областей России, так что мне довольно трудно SE 67
совместить эту неуемную деятельную жизнь с образом столь нервной дамы.

Во время гипноза я спрашиваю, из-за чего она беспокоилась сегодня утром, и на этот раз она не упоминает о своих опасениях по поводу лифта, а сообщает, будто боялась, что у нее опять начнутся месячные и ей снова придется пропустить массаж*. GW 121

* События развивались следующим образом: утром она проснулась с ощущением тревоги и для того, чтобы объяснить свое состояние, ухватилась за первую попавшуюся тревожную мысль. Разговор о лифте в доме детей состоялся накануне вечером. Вечно озабоченная мать все спрашивала

гувернантку, пользуется ли старшая дочь, которая не могла много ходить из-за болей в правой ноге и в области правого яичника, лифтом, когда спускается вниз. Впоследствии в результате мнемонической иллюзии она смогла связать чувство тревоги с мыслью об этом лифте. Сознательно доискаться до истинной причины своей тревоги она не смогла; назвала она ее, к тому же без единого колебания, лишь после того, как я спросил ее об этом под воздействием гипноза. То же самое происходило в ходе исследований Бернгейма и его последователей[8], проводивших эксперименты с людьми, которые, очнувшись от гипнотического сна, выполняли задания, полученные под гипнозом. Например, Бернгейм («Внушение», с. 31 немецкого издания)[9] внушил больному, что после пробуждения тот засунет в рот оба больших пальца. Так он и поступил, оправдываясь тем, что днем ранее во время эпилептиформного припадка[10] прикусил себе язык и до сих пор испытывает боль. Одна девушка, повинуясь внушению, попыталась убить совершенно незнакомого ей судейского чиновника; она была схвачена и, объясняя на допросе, каковы были мотивы этого поступка, выдумала историю о нанесенном ей оскорблении, за которое она якобы хотела отомстить. По всей видимости, существует потребность искать причинно-следственную связь осознаваемых психических феноменов с другим содержанием сознания. Когда истинная причина не доступна сознательному восприятию, производится попытка установления иной связи, которая субъективно представляется верной, но является ошибочной. Очевидно, что раздробленность в содержании сознания немало способствует установлению подобных «ошибочных связей».

Я немного задержусь на вышеупомянутом примере установления ошибочной связи, поскольку его можно назвать показательным во многих отношениях. Прежде всего показательным для поведения пациентки, во время лечения которой мне еще не раз доводилось распутывать подобные ошибочные связи посредством расспросов в гипнотическом состоянии и устранять последствия их влияния. Об одном случае такого рода я расскажу подробно, поскольку он позволяет довольно ярко высветить психологические факты, о которых идет речь. Я предложил фрау Эмми фон Н. испробовать вместо привычных теплых ванн прохладную полуванну, уверяя, что та ее больше освежит. Она исполняла все рекомендации врачей, однако всегда относилась к ним крайне недоверчиво. Я уже сообщал о том, что лечение у врача почти ни разу не принесло ей облегчения. Мое предложение принимать прохладные ванны оказалось не столь авторитетным, чтобы у нее не хватило смелости высказать мне свои сомнения: «Всякий раз, когда я принимала прохладную ванну, я целый день пребывала в меланхолии. Впрочем, я попробую еще раз, если вы желаете; не подумайте, что я не выполняю все, что вы говорите». Я сделал вид, будто забираю назад свое предложение, а во время очередного сеанса гипноза внушил ей, что теперь она сама будет ратовать за прохладные ванны, заверяя, что она все обдумала и решила попробовать еще раз и т. д. Так оно и случилось,

уже на следующий день она высказала желание принимать прохладные полуванны, не поскупившись на доводы, чтобы склонить меня к тому, что я сам ей предлагал, и я сдался без особого сопротивления. Впрочем, в назначенный день я заметил, что настроение у нее после приема полуванны и впрямь очень дурное.

— Отчего вы сегодня такая?

— Я ведь знала заранее. Из-за прохладной ванны, так всегда.

— Вы сами это предложили. Теперь мы знаем, что вы этого не выносите. Вернемся к теплым ваннам.

Затем во время гипноза я спросил: «Вас действительно ввергла в уныние прохладная ванна?» «Ах, прохладная ванна тут совсем ни при чем, — ответила она. — Просто сегодня утром я прочитала в газете, что в Санто-Доминго вспыхнула революция. Когда там начинаются беспорядки, всегда достается белым, а у меня брат в Санто-Доминго, который доставил нам уже столько хлопот, и вот я боюсь, как бы с ним чего не стряслось». Таким образом вопрос был решен, на следующее утро она приняла свою прохладную полуванну, словно сама этого хотела, и продолжала принимать прохладные ванны в течение нескольких недель, ни разу не объявив их причиной своего дурного настроения.

К моим словам наверняка добавят, что подобное поведение типично и для многих других невропатов, настроенных против терапии, рекомендованной врачом. Какие бы беспорядки в Санто-Доминго или в другом месте не послужили причиной появления определенного симптома в назначенный день, больная неизменно склонялась к тому, чтобы выводить этот симптом из последней рекомендации врача. Одно из двух условий, необходимых для установления подобной ошибочной связи, а именно недоверие, должно быть, наличествует всегда; другое условие, раздробленность сознания, возмещается за счет того, что в большинстве своем невропаты отчасти не имеют никакого понятия об истинных (или, по меньшей мере, наиболее вероятных) причинах своих страданий, отчасти же сознательно не желают иметь никакого понятия, чтобы не вспоминать, какова доля их собственной вины за произошедшее.

Можно было бы предположить, что неосведомленность или намеренное пренебрежение, присущее невропатам, не страдающим истерией, является более благоприятным психическим фактором установления ошибочной связи, чем наличествующая в сознании раздробленность, из-за которой сознание все же лишается материала для установления причинно-следственных связей. Однако этот раскол редко бывает безупречным, чаще всего в привычное сознание внедряются фрагменты комплекса подсознательных представлений, которые и дают повод для возникновения подобных расстройств. Обычно, как и в вышеописанном случае, сознательно ощущается связанная с этим комплексом ценестезия[11], тревожное, печальное настроение, и поэтому из-за «принуждения к ассоциа-

ции» приходится устанавливать его связь с наличествующим в сознании комплексом представлений. (См. также сведения о механизме навязчивого представления в моей статье в 10 и 11 номерах «Neurolog. Zentralblatt» за 1894 г. и «Obsessions et phobies» во 2 номере «Revue neurologique» за 1895 г.)

На днях я имел случай убедиться в силе подобного принуждения к ассоциации благодаря наблюдениям в другой сфере. На несколько недель мне пришлось сменить свою привычную постель на более жесткое ложе, на котором сновидения мои стали, должно быть, более многочисленными или яркими, только вот достигнуть нормальной глубины сна мне, скорее всего, не удавалось. В течение первой четверти часа после пробуждения я помнил все сновидения этой ночи и старался их записать и разгадать. Мне удалось объяснить все эти сновидения двумя обстоятельствами: во-первых, необходимостью оформления тех представлений, которые мимоходом возникали у меня в течение дня, но были лишь намечены и не обрели завершения, и, во-вторых, навязчивой тягой к тому, чтобы связывать между собой все, что возникает при таком состоянии сознания. Возможно, воздействием последнего фактора и объяснялась бессмысленность и несообразность этих сновидений.

В том, что настроение, связанное с неким переживанием, и его содержание могут постоянно представать перед первичным сознанием в разобщенном виде, меня убедили наблюдения за другой пациенткой, госпожой Сесилией М.[12], которую я узнал куда лучше любой другой упомянутой здесь пациентки. Занимаясь лечением этой дамы, я собрал самые многочисленные и убедительнейшие доказательства того, что психический механизм истерических феноменов таков, как мы описываем его в данной работе, однако личные обязательства не позволяют мне подробно изложить эту историю болезни, на которую я намереваюсь при случае ссылаться. В конце концов, фрау Сесилия М. пребывала в своеобразном истерическом состоянии, которое наверняка не является уникальным, хотя мне и не известно, давалось ли когда-нибудь его описание. Его можно назвать «истерическим психозом погашения». Пациентка перенесла множество психических травм и долгие годы страдала хронической истерией, которая имела весьма разнообразные проявления. Ни ей самой, ни другим не были известны причины подобного состояния, в ее безупречной памяти обнаружились странные провалы; она сетовала на то, что собственная жизнь кажется ей искромсанной. Однажды на нее внезапно, со всей свежестью нового переживания, обрушилось одно давнее воспоминание, яркое и живое, и с тех пор она на протяжении почти трех лет заново переживала все прежние травмы, — которые считала давно позабытыми и многие из которых и впрямь никогда не вспоминала, — страдания ее приобрели ужасающий размах, и снова появились все симптомы, что у нее когда-либо были. Это «погашение старых долгов» растянулось на тридцать три года и позволяло выявлять зачастую весьма сложную детерминированность любого ее со-

Пожалуй, далее я поведаю о том, как у нее появились боли GW 122
в ногах. Все начинается точно так же, как накануне, затем она SE 68
рассказывает о нескольких случаях, связанных с мучительны-
ми и уязвляющими переживаниями, при которых у нее возни- GW 123
кали боли в ногах и под влиянием которых эти боли всегда
усиливались до такой степени, что приводили даже к двусто- SE 69
роннему параличу ног с потерей чувствительности. Когда она GW 124
ухаживала за больным, у нее впервые появились и боли в ру- SE 70
ках одновременно с судорогами затылочных мышц. О «судо-
рогах» мне известно лишь то, что им предшествовало стран-
ное беспокойство вкупе с дурным настроением, при котором SE 71
затылок у нее «схватывает льдом», конечности коченеют и ноют
от холода, она не может произнести ни слова и находится в
полной прострации. Это продолжается от шести до двенадца-
ти часов. Мне не удается выявить реминисцентную сущность
этого синдрома.

Наводящие вопросы о том, не хватал ли ее за шиворот брат, за которым она ухаживала, когда сознание его было помраче-

---

стояния. Доставить ей облегчение можно было, лишь предоставив ей возможность выразить в состоянии гипноза словами и телодвижениями все чувства, связанные с воспоминанием, изводившим ее в данный момент, и пару раз, когда меня не было поблизости и ей приходилось говорить в присутствии того, кого она стеснялась, она излагала свою историю вполне спокойно, а затем во время гипноза обращала ко мне все слезы, все слова отчаяния, которыми должен был, в действительности, сопровождаться этот рассказ. После одного подобного акта очищения в состоянии гипноза она пребывала несколько часов в здравом уме и трезвой памяти. Немного погодя у нее возникло очередное воспоминание. Однако связанное с ним настроение опередило его на несколько часов. Она раздражалась, тревожилась, погружалась в отчаяние, не догадываясь о том, что эти переживания неимеют никакого отношения к текущим событиям и связаны с тем состоянием, в котором она пребывала прежде. В этот переходный период она то и дело устанавливала ошибочную связь, которой упорно придерживалась вплоть до гипноза. Например, однажды она встретила меня вопросом: «Разве я не ничтожество, разве мои вчерашние слова не свидетельствуют о низости?» Сказанного ею днем раньше было явно недостаточно для того, чтобы хотя бы отчасти оправдать такое обвинение; после короткого обсуждения она также выглядела вполне довольной, однако во время очередного гипнотического сеанса выявилось воспоминание о событии, из-за которого она немало укоряла себя двенадцать лет назад, хотя ныне уже не настаивала на этих упреках. — *Прим. автора.*

но, она отвечает отрицательно; она не знает, откуда взялись эти припадки*.

GW 125 SE 72 *Вечер.* Она очень весела, выказывает великолепное чувство юмора. С лифтом все обстояло, конечно же, не так, как она мне рассказывала. На лифте разрешено только подниматься. Она засыпает меня вопросами, в которых нет ничего патологического. У нее были мучительные лицевые боли, боли в руке со стороны большого пальца и в ноге. По ее словам, она ощущает онемение и лицевые боли,

* Задним числом следует отметить, что эти «судороги затылочных мышц» могли быть органически обусловленными состояниями, наподобие мигрени. In praxi (на деле, *лат.*) наблюдаешь по большей части такие состояния, которые не описаны и столь редко соответствуют классическим приступам мигрени, что желательно было бы расширить понятийные рамки определения последних и признать вопрос локализации боли второстепенным. Как известно, у многих невропаток приступы мигрени совмещаются с истерическими припадками (подергиваниями и помрачением сознания). Всякий раз, когда у госпожи Эмми появлялись судороги затылочных мышц, у нее наблюдалось и помрачение сознания.

Что касается болей в руках и ногах, то, на мой взгляд, здесь речь идет о менее любопытном, но более распространенном виде детерминирования посредством случайного совмещения. В беспокойный период ухода за больным подобные боли вследствие переутомления ощущались острее, чем прежде, а впоследствии эти боли, первоначальная связь которых с данными переживаниями была случайной, снова возникли у нее в памяти в виде телесного символа комплекса этих ассоциаций. Я мог бы привести еще много практических аргументов в пользу этого процесса. Первоначально это были, по всей видимости, ревматические боли, а говоря точнее, дабы придать затертым словам определенный смысл, — то были боли, локализующиеся в мышечной ткани, при наличии которых отмечается определенная чувствительность мышц к пальпации и изменение степени их плотности, боли, которые обостряются после длительного пребывания в покое или при обездвиженности конечности, то есть по утрам, боли, которые утихают при повторении движений, вызывающих мучительные ощущения, и устраняются посредством массажа. Невропаты придают большое значение этим миогенным болям, которые очень часто возникают у всех людей; поощряемые врачами, которые не имеют обыкновения пальпировать мышцы, пациенты принимают их за нервные боли, что и дает основание толковать о несметном количестве форм истерической невралгии, так называемом ишиасе и т. п. О связи этих болей с предрасположенностью к подагре я упомяну лишь вкратце. Мать и две сестры моей пациентки сильно страдали от подагры (иначе говоря, от хронического ревматизма). Боли, на которые она тогда жаловалась, могли носить отчасти и текущий характер. Не могу об этом судить; тогда я еще не приобрел навыков оценки подобного состояния мускулов. — *Прим. автора.*

когда подолгу сидит без движения или пристально смотрит в одну точку. Если ей приходится поднимать тяжелые вещи, у нее начинают болеть руки. В ходе осмотра правой ноги отмечается довольно хорошая чувствительность бедра, ярко выраженная анестезия голени и стопы, менее значительная в области таза и поясницы.

Во время гипноза она признается, что иногда у нее все еще возникают тревожные мысли, например, ей казалось, будто с детьми может что-то случиться, они могут захворать или умереть; несчастный случай может произойти с братом, который сейчас совершает свадебное путешествие, а жена его может умереть, поскольку все братья и сестры очень недолго состояли в браке. О других опасениях она умалчивает. Я упрекаю ее в том, что она испытывает потребность тревожиться безо всяких на то оснований. Она обещает впредь этого не делать, «раз вы об этом просите». Дальнейшее внушение рассчитано на боли, ногу и т. д.

16 мая. Она хорошо выспалась, все еще жалуется на лицевые боли, боли в руках, в ногах, очень весела. Гипноз не дал никаких результатов. Фарадическая[13] обработка бесчувственной ноги.

Вечер. Она пугается, как только я вхожу.

– Хорошо, что вы пришли. Я так напугана.

При этом все признаки страха, заикание, тик. Поначалу я прошу ее рассказать в бодрствующем состоянии о том, что ее напугало, и во время рассказа скрюченные пальцы и вытянутые руки прекрасно передают весь ее ужас. В саду возле ее руки прошмыгнула и тут же исчезла гигантская мышь; все вокруг ходило ходуном. (Иллюзия, вызванная мельтешением теней?) Деревья были сплошь обсажены мышами. GW 126

– Вы не слышите топот лошадей в цирке? Поблизости стонет один господин, мне кажется, у него боли после операции. Разве я на Рюгене, разве у меня там была такая печь?

Стараясь доискаться до настоящего, она окончательно запуталась из-за переизбытка мыслей, которые переплетаются у нее в голове. Она не знает, что сказать в ответ на вопросы о нынешних событиях, например о том, сопровождали ли ее дочери. SE 73

Я пытаюсь разобраться в этой путанице во время гипноза.

Гипноз. «Что же вас напугало?» Она повторяет рассказ о мышах, всем своим видом выражая ужас, и добавляет, будто, поднимаясь по лестнице, увидела там одну гадкую тварь, которая тотчас скрылась. Я объявляю это галлюцинацией, укоряя ее за то, что она боится мышей, которые могут привидеться разве только пьяницам (каковые вызывают у нее отвращение). Я рассказываю ей предание о епископе Гаттоне[14], которое она тоже знает и выслушивает с величайшим страхом. «Почему вы заговорили о цирке?» Она отчетливо слышит, как в конюшнях по соседству бьют копытами лошади, запутавшись в мешках с овсом, из-за которых они рискуют покалечиться. В таких случаях Иоган всегда выходит, чтобы их отвязать. Я говорю, что поблизости нет никаких конюшен и стонущего соседа. Понимает ли она, где сейчас находится? Понимает, но прежде ей казалось, что она на Рюгене. Каким образом у нее возникло это воспоминание? Они беседовали в саду о том, что кое-где здесь очень жарко, и тут ей якобы припомнилась не дающая тени терраса на Рюгене. Какие же печальные воспоминания сохранились у нее о пребывании на Рюгене? Она рассказывает сразу о нескольких памятных событиях. Там у нее страшно разболелись руки и ноги, во время загородных поездок она не
GW 127 раз сбивалась с пути из-за тумана, дважды на прогулках за ней гнался бык и т. д. Отчего у нее сегодня случился припадок? Да, отчего? За три часа она написала уйму писем, и от этого голова у нее отяжелела. Следовательно, я могу предположить, что утомлением и был вызван этот припадок помрачения сознания, содержание которого определили воспоминания, навеянные, например, тем, что в одном уголке сада не было тени и т. д. Я повторяю все те наставления, которые обыкновенно ей даю, и покидаю ее, погруженную в сон.

17 мая. Она очень хорошо выспалась. Принимая сегодня ванну с отрубями, она несколько раз вскрикивала, потому что
SE 74 отруби показались ей крошечными червями. Об этом я узнал от сиделки; пациентка не расположена об этом рассказывать, настроена бодро и весело, однако часто прерывает свою речь, громко ахая от страха, строит гримасы, выражающие ужас, и заикается больше, чем в любой из последних дней. Она рас-

сказывает, что ночью ей приснилось, будто вся она покрыта пиявками. Предыдущей ночью у нее было омерзительное сновидение, ей приснилось, что она должна обрядить и уложить в гроб множество покойников, но никак не может прикрыть гроб крышкой. (Очевидный намек на мужа, о котором см. выше.) Далее она рассказывает, что пережила в своей жизни немало приключений с животными, самое ужасное из которых было связано с летучей мышью, случайно очутившейся в ее туалетном шкафчике и напугавшей ее до такой степени, что она выбежала из комнаты неглиже. Брат подарил ей красивую брошь в форме летучей мыши, чтобы она избавилась от своего страха; однако она так и не смогла ее носить.

В состоянии гипноза: она боится червей из-за того, что однажды получила в подарок красивую подушечку для игл, из которой на следующее утро, когда она хотела ею воспользоваться, полезло наружу множество крошечных червей, поскольку отруби, служившие для набивки, были плохо высушены. (Галлюцинация? Быть может, это произошло на самом деле.) Я расспрашиваю о других историях с животными. Когда она однажды прогуливалась с мужем по одному из петер- GW 128
бургских парков, дорожка, ведущая к пруду, буквально кишела жабами, так что им пришлось повернуть обратно. Временами она никому не могла подать руки, поскольку боялась, что та превратится в отвратительное животное, что зачастую и случалось. Я пытаюсь избавить ее от страха перед животными, называя разных животных по отдельности и спрашивая, боится ли она их. На расспросы о некоторых из них она отвечает «нет», а по поводу иных говорит: «Мне нельзя бояться»*. Я спрашиваю, почему сегодня и вчера она так вздрагивала и заикалась. Она отвечает, что такое случается с ней всегда, когда она сильно напугана**. Но отчего же она испугалась

* Мой тогдашний метод едва ли можно назвать хорошим. Всего этого было недостаточно. — *Прим. автора.*

** Редукция к двум первоначальным сновидениям не позволила ей полностью избавиться от заикания и привычки цокать языком, хотя с той поры степень выраженности обоих симптомов заметно снизилась. Пациентка сама объяснила, почему не удалось добиться полного успеха (см. стр. 77). Она привыкла цокать языком и заикаться всякий раз, когда испытывала

SE 75 вчера? В саду ей приходили на ум всякие тяжелые мысли. Прежде всего она размышляла о том, как бы избавиться впредь от нагромождения неприятностей после окончания лечения. Я вновь перечисляю три утешительных обстоятельства, о которых я уже говорил ей, когда она бодрствовала: во-первых, в целом она поправилась и окрепла; во-вторых, она научится высказывать свои мысли близким людям; в-третьих, многое из того, что прежде ее угнетало, отныне перестанет ее волновать. Ее угнетало еще и то, что она не отблагодарила меня за поздний визит и опасалась, что из-за последнего рецидива ее болезни мое терпение иссякнет. Она была глубоко тронута и напугана, когда услыхала, как домашний врач спросил в саду одного господина, решился ли тот на операцию. Рядом сидела
GW 129 его жена, и пациентка невольно подумала, что этот вечер может стать последним в жизни бедняги. Сказав об этом, она, кажется, избавилась от дурного настроения!*

Вечером она очень весела и довольна. Гипноз не дает никаких результатов. Я стараюсь избавить ее от мышечных болей и восстановить чувствительность правой ноги, что мне весьма легко удается во время гипноза, хотя чувствительность, едва восстановившись, отчасти снова пошла на убыль после пробуждения. Перед моим уходом она высказывает удивление по поводу того, что у нее уже давно не случались судороги затылочных мышц, каковые прежде всегда начинались перед грозой.

18 мая. Нынешней ночью она спала так, как ей не удавалось поспать уже многие годы, однако после приема ванны жалует-

---

страх, и поэтому данные симптомы были связаны не только с первоначальными сновидениями, но и с целой вереницей присовокупленных к ним воспоминаний, от которых я не догадался ее избавить. Подобное происходит довольно часто и всякий раз результаты терапии посредством катартического метода становятся из-за этого менее изящными и менее исчерпывающими. — *Прим. автора.*

* Тогда я впервые понял то, в чем в последствии я мог тысячу раз убедиться: избавляясь под воздействием гипноза от недавнего истерического помрачения сознания, пациент излагает события в обратной хронологической последовательности, сначала рассказывает о своих последних и незначительных впечатлениях и ассоциациях и лишь под конец упоминает о первичных и, возможно, куда более важных в каузальном смысле впечатлениях. — *Прим. автора.*

ся на озноб в затылке, на то, что кожа на лице стянута, лицо, ноги и руки болят, держится она напряженно, по рукам пробе- SE 76
гают судороги. Во время гипноза не удается выяснить ровным счетом ничего о психическом значении «судорог затылочных мышц», которые мне затем удается унять с помощью массажа в бодрствующем состоянии*.

Я надеюсь, что приведенного выше фрагмента хроники пер- GW 130
вых трех недель достаточно для того, чтобы наглядно изобразить состояние больной, характер предпринятого мною лечения и его результаты. Постараюсь теперь придать завершенный вид этой истории болезни.

Последнее из описанных истерических помрачений сознания оказалось также последним значительным нарушением здоровья фрау Эмми фон Н. Поскольку я не занимался самостоятельным изучением симптомов и причин их возникновения, а выжидал до тех пор, пока что-нибудь не выявлялось само со-

* Ее удивление накануне вечером по поводу того, что у нее давно не случались судороги затылочных мышц, объяснялось предчувствием приближа*ющегося* состояния, которое тогда уже подготовлялось и бессознательно было ею замечено. Эта диковинная форма предчувствия была совершенно обыкновенной для фрау Сесилии М., о которой упоминалось ранее. Всякий раз, когда она, будучи в прекрасном здравии, говорила мне нечто вроде: «Я уже давно перестала бояться ведьм по ночам» или «Как я рада тому, что глаза у меня уже давно не болят», можно было не сомневаться в том, что на следующую ночь она преумножит хлопоты сиделки из-за сильнейшего страха перед ведьмами или почувствует вскоре те самые боли в глазах, которых она боится. Во всех подобных высказываниях сквозило то, что уже было окончательно подготовлено в бессознательном, а ни о чем не подозревающее «официальное» (по выражению Шарко) сознание преобразовывало представление, возникшее в виде внезапного озарения, в выражение удовлетворения, ложность которого вскоре становилась очевидной. Фрау Сесилия, весьма умная дама, которой я обязан многими достижениями в понимании сущности истерических симптомов, сама обратила мое внимание на то, что подобные случаи могли послужить поводом для появления пресловутой веры в наговор и сглаз. Считается, что не следует хвастать удачей, но и черта поминать не нужно, иначе он явится. По существу, удачей человек начинает хвастать лишь в тот момент, когда его уже подкарауливает беда, и ее предчувствие выражается в форме хвастовства, поскольку в данном случае содержание намека заявляет о себе прежде, чем относящееся к нему ощущение, так как в сознании сохраняется отрадный контраст. — *Прим. автора.*

бой или она сама не поверяла мне свои тревоги, гипноз вскоре перестал приносить результаты и использовался мною по боль-
SE 77 шей части для того, чтобы давать ей наставления, которые надежно сохранялись у нее в памяти и призваны были помочь ей впредь по возвращении домой не впадать снова в такое же состояние. Тогда я был буквально околдован книгой Бернгейма о внушении и ожидал от поучений большего, чем ныне. За короткий срок состояние здоровья моей пациентки настолько улучшилось, что она уверяла, будто не чувствовала себя так хорошо с тех пор, как умер ее муж. По окончании лечения, растянувшегося в целом на семь недель, я отпустил ее домой, на побережье Балтийского моря.

Отнюдь не я, а доктор Брейер получил от нее весточку спустя семь месяцев. Хорошее самочувствие продержалось у нее в течение нескольких месяцев, пока не произошло очередное психическое потрясение. Ее старшая дочь, которая еще во время первого визита в Вену подражала матери по части судорог затылочных мышц и легких истерических состояний, а сама страдала прежде всего болями при ходьбе вследствии
GW 131 retroflexio uteri*, была, по моей рекомендации, направлена на лечение к одному из наиболее уважаемых у нас гинекологов, доктору Н., каковой приподнял ей матку с помощью массажа и на несколько месяцев избавил ее от недомоганий. Когда по возвращении пациентки домой матка вновь опустилась, мать обратилась к гинекологу из ближайшего университетского города, назначившему девушке комбинированную локальную и общую терапию, которая, однако, довела ребенка до тяжелого нервического заболевания. Возможно, еще тогда у семнадцатилетней девушки и обнаружились те болезненные задатки, которые спустя год проявились в виде изменения характера. Мать, которая передала свое чадо на попечение врачам, испытывая по своему обыкновению смешанные чувства покорности и недоверия, была разгневана неудачным исходом лечения и, совершив некий мыслительный маневр, ускользнувший от моего внимания, пришла к выводу, что мы

* Retroflexio uteri *(лат.)* — опущение матки.

оба, доктор Н. и я, повинны в том, что ребенок заболел, поскольку мы якобы представили ей тяжелый недуг ребенка как легкое недомогание, — и до некоторой степени уничтожила волевым актом результаты проведенного мною лечения и вскоре снова погрузилась в то самое состояние, от коего я ее некогда избавил. Хотя живущий по соседству выдающийся врач, к которому она обратилась, и доктор Брейер, поддерживавший с ней переписку, смогли внушить ей мысль о неви- SE 78
новности обоих обвиняемых, она сохранила окрепшую к тому времени остаточную истерическую антипатию ко мне и заявила, что не может согласиться на повторное лечение у меня. По совету того же медицинского светила она обратилась за помощью в один санаторий на севере Германии, а я, по просьбе Брейера, сообщил главному врачу этого учреждения, какая модификация гипнотической терапии доказала в ее случае свою действенность.

Попытка перепоручить ее другому полностью провалилась. По всей видимости, она с самого начала не нашла общий язык с новым врачом, довела себя до изнеможения, сопротивляясь GW 132
любому его начинанию, обессилела, лишилась сна и потеряла аппетит и оправилась лишь после того, как подруга, навестившая ее в санатории, в буквальном смысле тайно ее оттуда похитила и окружила заботой в своем собственном доме. Вскоре после этого, а точнее, спустя год после нашей первой встречи, она снова оказалась в Вене и опять обратилась ко мне[15].

Ее состояние оказалось куда лучше, чем я предполагал, судя по письмам. Она была полна живости, избавилась от страха, и неизменным оставалось все-таки немало из того, чего я добился в прошлом году. Жаловалась она главным образом на часто случавшуюся у нее путаницу в мыслях, на «бурю в голове», как она выражалась, кроме того, она страдала бессонницей, нередко часами плакала и к определенному часу дня (к пяти часам) становилась печальной. Зимой именно в это время ей разрешалось посещать свою дочь, помещенную в санаторий. Она очень сильно заикалась и цокала языком, то и дело, словно в ярости, потирала руки, а в ответ на мой вопрос, не видит ли она множество животных, отрезала: «О, замолчите!».

При первой же попытке ввести ее в состояние гипноза она сжала кулаки и воскликнула: «Не нужна мне инъекция жаропонижающего, пусть уж лучше боли останутся. Не нравится мне доктор Р., он мне антипатичен». Я догадался, что под воздействием гипноза ей кажется, будто она находится в санатории, и стоило мне вернуть ее в настоящее, как она успокоилась.

В самом начале лечения я сделал ценное наблюдение. Я расспрашивал ее, когда она опять начала заикаться, и она (под
SE 79 воздействием гипноза) робко ответила: после того как натерпелась страху зимой в Д. Слуга в гостинице, где она поселилась, спрятался в ее номере; в темноте она приняла его за пальто, взялась за него, и тут откуда ни возьмись «выскочил»
GW 133 мужчина. Я избавляю ее от этого воспоминания, и с тех пор под гипнозом, равно как и в бодрствующем состоянии, ее заикания и впрямь становятся едва заметными. Я уже не помню, что подвигло меня проверить достигнутые результаты. Вернувшись под вечер, я задал ей на вид совершенно безобидный вопрос о том, как мне следует, уходя от нее, запирать за собой дверь, чтобы никто не прокрался в ее комнату, пока она спит. К моему изумлению, она сильно испугалась, стала скрежетать зубами и потирать руки, намекнула на то, что в Д. ее очень напугал случай такого рода, но рассказать о нем не согласилась. Насколько я понял, она намекала на тот случай, о котором поведала мне утром в состоянии гипноза и который, как я полагал, мне удалось стереть из ее памяти. Ее рассказ во время очередного сеанса гипноза был более подробным и правдоподобным. Вечером она была так взбудоражена, что расхаживала взад-вперед по коридору; вдруг она заметила, что дверь в комнату ее горничной открыта, и решила туда войти и присесть. Горничная преградила ей дорогу, однако ее это не остановило, она все равно вошла в комнату и заметила на стене тот самый темный предмет, который затем обернулся мужчиной. Выходит, что именно эротический характер этого маленького приключения заставил ее поначалу слукавить. Впрочем, я понял, что неполный рассказ в состоянии гипноза не может возыметь никакого лечебного эффекта, уяснил, что неполным следует считать любой рассказ,

коль скоро он не приносит никакой пользы, и мало-помалу научился угадывать по выражению лица больного, не утаивает ли он от меня значительную часть своей исповеди.

На сей раз я старался избавить ее под воздействием гипноза от неприятных впечатлений, которые накопились у нее за время лечения дочери и пребывания в санатории. Ее переполняла глухая ярость к врачу, который принудил ее под гипнозом прочитать по буквам слово «ж-а-б-а», и она взяла с меня обещание, что я никогда не заставлю ее произнести то же самое. Тут я позволил себе разыграть ее с помощью внушения, что было, впрочем, единственным и вполне безобидным случаем злоупотребления гипнозом, в котором я повинен перед этой пациенткой. Я внушил ей, будто она так давно была в санатории «...таль», что не может вспомнить даже его названия и всякий раз, желая его произнести, будет по ошибке говорить «...берг», «...таль», «...вальд» и т. п. Так оно и вышло, и вскоре неуверенность при произнесении этого названия стала у нее единственным проявлением речевой заторможенности и сохранялась до тех пор, пока я не избавил ее от этой принудительной парамнезии по указанию доктора Брейера. GW 134 SE 80

Куда дольше, чем последствия этих событий, пытался я одолеть то состояние, которое она именовала «бурей в голове». Когда я впервые увидел ее в подобном состоянии, она лежала на диване с искаженным лицом, беспрестанно ерзала, то и дело прижимая ладони ко лбу, и при этом беспомощно, словно страждущая, выкрикивала имя «Эмми», — так звали и ее старшую дочь. Под воздействием гипноза она сообщила, что в этом состоянии повторяется то же самое, что происходило с ней во время многочисленных приступов отчаяния, которое обыкновенно овладевало ею в период лечения дочери, когда она часами размышляла над тем, как бы поправить скверные результаты лечения, и не находила ответа. Окончательно запутавшись, она обычно громко выкрикивала имя дочери, стараясь таким образом вновь собраться с мыслями. Ибо к тому времени, когда состояние дочери прибавило ей хлопот и она стала замечать, что ею вновь овладевает нервозность, она твердо решила, что путаница не

должна затронуть ничего из того, что касается ребенка, пусть даже все остальное в ее голове придет в полный хаос.

По прошествии нескольких недель удалось совладать и с этими воспоминаниями, и фрау Эмми еще некоторое время пребывала в полном здравии под моим наблюдением. Перед
GW 135 самым ее отъездом произошло нечто такое, о чем я намерен рассказать подробно, поскольку этот эпизод проливает ярчайший свет на характер больной и генез ее состояния.

Как-то раз я наведался к ней во время обеда и застал ее врасплох в тот момент, когда она швырнула бумажный сверток в сад, где этот сверток подхватили дети лакея. Отвечая на мои расспросы, она созналась, что выкинула свой (зачерствев-
SE 81 ший) кекс и все эти дни избавляется от десерта таким образом. Услыхав об этом, я оглядел остатки других блюд и заметил, что слишком многое лежит на тарелках нетронутым. Когда я попросил ее объяснить, почему она так мало ест, она сказала, что не привыкла есть больше, к тому же это для нее вредно; по натуре она такая же, как ее покойный отец, который тоже был неважным едоком. Когда же я попытался разузнать, что она пьет, она отвечала, что усваивает только густые напитки: молоко, кофе, какао и т. п.; стоит ей выпить ключевую или минеральную воду, как у нее начинается расстройство желудка. Это, несомненно, несло на себе отпечаток нервозной избирательности. Я взял у нее мочу на анализ и обнаружил, что моча имеет высокую концентрацию и перенасыщена мочекислыми солями.

В связи с этим я счел целесообразным порекомендовать ей более обильное питье и усиленное питание. Хотя она и не выглядела исхудавшей, мне все же показалось, что усиленное питание ей не помешает. Когда во время очередного визита я посоветовал ей пить щелочную воду и отказаться от привычки употреблять в пищу мучное, она не на шутку взволновалась. «Я сделаю это, раз вы просите, но скажу вам наперед: ничего хорошего из этого не выйдет, потому что это противно моей натуре, да и отец мой был таким же». Отвечая под гипнозом на вопрос, почему она не может побольше есть и пить воду, она пробурчала: «Не знаю». На следующий день сиделка заверила

меня, что фрау Эмми осилила всю свою порцию и выпила стакан щелочной воды. Однако сама она встретила меня лежа, в крайне дурном настроении и весьма неблагосклонном расположении духа. «Я же вам говорила. Теперь мы опять потеряли все то, ради чего столько мучились. У меня расстройство желудка, которое случается всегда, когда я больше ем или пью воду, и мне снова придется пять-восемь дней морить себя голодом, прежде чем я смогу к чему-нибудь притронуться». Я уверил ее, что ей не придется морить себя голодом, что получить расстройство желудка таким образом совершенно невозможно, а боли возникают у нее из-за того, что она ест и пьет со страхом. Мое объяснение, очевидно, не произвело на нее ни малейшего впечатления, поскольку чуть позже мне впервые не удалось ввести ее в гипнотический транс, и по злобным взглядам, которые она на меня бросала, я догадался, что она полна возмущения и положение крайне серьезное. Я отказался от гипноза, сообщил, что даю ей сутки на размышление, дабы она уяснила, что живот у нее болит только от страха; по истечении этого срока я спрошу ее, полагает ли она по-прежнему, будто стакан минеральной воды и скромная трапеза могут вызвать восьмидневное расстройство желудка, и если она ответит утвердительно, то я попрошу ее уехать. Эта сценка резко контрастировала с нашими обычными дружескими отношениями.

GW 136 SE 82

Спустя сутки она встретила меня смиренно и робко. На вопрос о том, что она думает о происхождении желудочных болей, она искренне ответила: «Думаю, что они возникают из-за страха, но только потому, что вы так сказали». Я погрузил ее в состояние гипноза и опять спросил: «Почему вы не можете есть побольше?»

Ответ последовал тут же и по-прежнему являл собой объяснение в виде выстроенных в хронологическом порядке воспоминаний: «Когда я была маленькой, бывало, я часто из вредности отказывалась за столом от своей порции мяса. Мать обходилась со мной очень строго и спустя часа два заставляла меня под страхом сурового наказания доедать оставшееся мясо с той самой тарелки. Мясо было уже совсем холодным, а жир застывал... (с признаками тошноты) ...и я до сих пор ясно вижу GW 137

вилку... один зубец был немного согнут. Теперь, усаживаясь за стол, я всегда вспоминаю тарелку с холодным мясом и жиром; а когда я, много лет спустя, жила с братом, который был офицером и имел скверную болезнь, — я знала, что она заразная, и ужасно боялась перепутать столовый прибор и взять его вилку и его нож (с ужасом) и все равно ела вместе с ним, чтобы никто не заметил, что он болен; а когда я чуть позже ухаживала за другим братом, у которого было легочное заболевание, тогда мы сидели возле его кровати, и плевательница всегда стояла на столе, открытая (с ужасом)... а у него была привычка сплевывать в нее над тарелками, мне от этого всегда становилась так тошно, но я не могла подать вида, чтобы его не обидеть. Мне до сих пор кажется, что эти плевательницы стоят на столе, когда я ем, и меня все еще тошнит». Разумеется, я постарался отделаться от всего этого реквизита тошноты, а затем спросил, почему она не может пить воду. Когда ей было семнадцать лет, ее семья провела пару
SE 83 месяцев в Мюнхене, где почти все домашние заработали катар желудка из-за того, что пили плохую воду. Следуя наставлениям врача, все, кроме нее, избавились от этой хвори; минеральная вода, которую ей посоветовали пить, тоже не принесла облегчения. Когда врач порекомендовал ей пить минеральную воду, она сразу подумала: никакого толка от этого наверняка не будет. С тех пор она столько раз убеждалась в том, что не переносит ключевую и минеральную воду, что и не сосчитать.

GW 138 Терапевтический эффект этого разузнавания под гипнозом был мгновенным и стойким. Вместо того чтобы голодать в течение восьми дней, она стала уже на следующий день есть и пить безо всяких осложнений. Спустя два месяца она сообщала в письме: «Ем я очень хорошо и сильно поправилась. Воды я уже выпила сорок бутылок. Как вы думаете, следует ли мне продолжать?»

Я снова повидался с фрау фон Н. весной следующего года в ее имении под Д.[16] Развитие ее старшей дочери, имя которой она имела обыкновение выкрикивать, когда у нее поднималась «буря в голове», вошло к тому времени в аномальную фазу, она проявляла непомерное честолюбие, несоразмерное ее посредственным способностям, стала непослушной и даже грубой в

обращении с матерью. Последняя все еще доверяла мне и попросила сделать заключение о состоянии девушки. На меня произвели неблагоприятное впечатление психические изменения, произошедшие с ребенком, и при постановке диагноза мне приходилось принимать в расчет и то обстоятельство, что все сводные братья и сестры больной (дети господина фон Н. от первого брака) умерли от паранойи. В семье матери тоже не было недостатка в невропатах, хотя никто из числа ее ближайших родственников так окончательно и не впал в психоз. Фрау фон Н., которой я, по ее просьбе, напрямик выложил свое мнение, держалась при этом спокойно и рассудительно. Она окрепла, выглядела цветущей, в течение девяти месяцев, что минули с той поры, как завершился последний курс лечения, у нее было довольно хорошее самочувствие, которое нарушали лишь судороги затылочных мышц и другие незначительные недомогания. Каковы ее обязанности, работоспособность и духовные интересы, я узнал в полной мере лишь за те несколько дней, что гостил в ее доме. Повидался я и с домашним врачом, которому особо не в чем было упрекнуть эту даму; выходит, она мало-GW 139
мальски примирилась с этой profession*. SE 84

Хотя она окрепла и стала более работоспособной, главные черты ее характера мало изменились, несмотря на все суггестивные поучения. Как мне показалось, она так и не признала категорию «безразличных вещей», ее склонность к самоистязанию едва ли была слабее, чем в пору лечения. Предрасположенность к истерии в этот благополучный период тоже не позволяла о себе забыть, она жаловалась, к примеру, на то, что в последние месяцы не может совершать длительные переезды по железной дороге, а предпринятая поневоле попытка справиться с этим затруднением дала ей в итоге лишь разнообразные незначительные неприятные впечатления, которые остались у нее от последней поездки в Д. и его окрестности. Мне показалось, что в состоянии гипноза она не расположена к разговору, и я уже тогда стал догадываться, что она опять старается не попасть под мое влияние, а затруднения с железной

* Profession *(англ.)* — профессия.

дорогой объясняются тайным намерением предотвратить очередную поездку в Вену.

За эти дни мне довелось услышать от нее и жалобы на провалы в памяти, затронувшие «как раз важнейшие события», из чего я заключил, что эффект от моей работы двухлетней давности был достаточно сильным и прочным. Однажды, когда она вела меня по аллее, простиравшейся от дома до залива, я дерзнул спросить ее, часто ли выползают на эту аллею жабы. В ответ она бросила на меня осуждающий взгляд, не выказывая, впрочем, признаков страха, и затем добавила: «Да, они здесь и впрямь водятся». Во время гипноза, который я решил провести, чтобы избавить ее от страха перед железной дорогой, она, казалось, и сама не довольствовалась собственными ответами и выразила опасения по поводу того, что ныне, пожалуй, уже не так поддается гипнозу, как прежде. Я решил убедить ее в обратном. Я написал несколько слов на клочке бумаги, который передал ей со словами: «Сегодня за обедом вы снова
GW 140 нальете мне в бокал красное вино, как и вчера. Как только я поднесу бокал ко рту, скажите: "Ах, прошу вас, наполните и мой бокал", — но когда я возмусь за бутылку, вы воскликнете: "Нет, благодарю, я лучше не буду". Вслед за этим вы запустите
SE 85 руку в карман и извлечете оттуда лист бумаги с этими словами». Происходило это перед обедом; пару часов спустя эта сценка разыгралась точно по моему сценарию, причем все произошло столь естественно, что никто из многочисленных свидетелей ни о чем не догадался. Заметно было, что она превозмогла себя, когда попросила меня налить ей вино, — она ведь вообще не пила вино, — и после того как с явным облегчением отказалась от этого напитка, запустила руку в карман, извлекла оттуда лист бумаги, на котором были написаны ее последние слова, тряхнула головой и удивленно взглянула на меня.

После этого визита в мае 1890 года доходившие до меня вести о фрау фон Н. становились все более скудными. Окольными путями я разузнал, что из-за неутешительного состояния, вызвавшего разнообразные недомогания, здоровье ее дочери в конце концов пошатнулось. В последней полученной от нее (летом 1893 года) записке она просила меня разрешить ей прой-

ти курс гипноза у другого врача, поскольку она опять заболела и не может приехать в Вену. Поначалу я не понял, зачем ей требуется мое разрешение, но потом припомнил, что в 1890 году, по ее собственному желанию, поставил ей защиту от постороннего гипнотического воздействия, дабы оградить ее впредь от того, что случилось некогда в ...берге (...тале, ...вальде), где она пострадала, подчинившись неприятному ей врачу. Теперь я письменно отказался от своих исключительных привилегий.

ЭПИКРИЗ

Не определившись до конца со значением и смыслом на- GW 141
именований, разумеется, нелегко решить, следует ли отнести некий случай заболевания к истерии или к числу других (не чисто неврастенических) неврозов, между тем до области довольно распространенных смешанных неврозов еще не добралась рука систематизации, каковой надлежит расставить межевые столбы и выделить важные для их оценки признаки. Если по-прежнему диагностировать истерию в узком смысле по признаку подобия известным типичным случаям, то наименование случая фрау Эмми фон Н. истерией едва ли можно оспорить. Легкость ее бреда и галлюцинаций на фоне безупречной в иных отношениях умственной деятельности, метаморфозы личности и памяти в искусственном сомнамбулическом состоянии, по-
теря чувствительности болезненных конечностей, определен- SE 86
ные данные анамнеза, боли в области яичников и проч. не оставляют сомнений в истерическом характере заболевания или, по меньшей мере, самой пациентки. И то обстоятельство, что вопрос этот вообще можно затронуть, обусловлено определенным характером данного случая, каковой позволяет отметить и одну общую закономерность. Как явствует из нашего «Предуведомления», напечатанного вначале, мы рассматриваем истерические симптомы как аффекты и остатки возбуждения, которое травмировало нервную систему. Подобные остатки не сохраняются, если первоначальное возбуждение было ослаблено за счет отреагирования и умственной работы. Тут уже невозможно не принимать в расчет количественные показате-

ли (пусть и не поддающиеся измерению) и не трактовать этот процесс, исходя из того, что в ходе него суммарное возбуждение, поступившее в нервную систему, превращается в устойчивые симптомы, коль скоро оно не было употреблено в полной мере для действия вовне. Теперь мы полагаем, что при
GW 142 истерии значительная часть «суммарного напряжения» травмы превращается в чисто соматические симптомы. Именно эта особенность истерии долгое время не позволяла трактовать ее как психическое заболевание.

Если мы ради краткости назовем характерное для истерии превращение психического напряжения в стойкие соматические симптомы «конверсией», то можно сказать, что в случае фрау Эмми фон Н. доля конверсии невелика, изначальное психическое возбуждение так и осталось в области психики, и нетрудно признать, что тем самым этот случай походит на другие неистерические неврозы. В иных случаях истерии конверсией определяется общий прирост раздражения, так что соматические симптомы истерии появляются на фоне совершенно нормального с виду сознания, хотя чаще происходит неполное превращение, при котором по меньшей мере часть
SE 87 сопровождающего травму аффекта остается в сознании в качестве составляющей настроения.

В нашем случае истерии с незначительной конверсией психические симптомы можно подразделить на перемены настроения (тревогу, меланхолическую депрессию), фобии и абулию (безволие). Две последние формы психического расстройства, которые считаются в рамках французской школы психиатрии признаками нервической дегенерации, в нашем случае были в достаточной степени детерминированы травматическими переживаниями и представляют собой преимущественно травматические фобии и абулию, что я поясню отдельно.

Отдельные ее фобии и впрямь соответствуют самым сильным человеческим фобиям, в особенности фобиям невропата, каковы прежде всего боязнь животных (змей, жаб, а заодно и всех тех насекомых, властью над которыми похвалялся Мефистофель)[17], боязнь грозы и т. д. Тем не менее даже эти фобии упрочились за счет травматических переживаний, например, страх

перед жабами упрочился после юношеского впечатления от того, GW 143
что брат подкинул ей мертвую жабу, вследствие чего у нее впервые случился приступ истерических судорог, боязнь грозы окрепла из-за того страшного события, которое дало повод для появления склонности цокать языком, а боязнь тумана — из-за памятной прогулки на Рюгене; все же главную роль в этой группе играет первичный, так сказать инстинктивный страх, если рассматривать его как психический признак.

Иные, более специфические фобии также обусловлены особыми переживаниями. Боязнь ужасных неожиданностей возникла у нее под впечатлением внезапной смерти совершенно здорового, казалось бы, мужа от сердечного приступа. Боязнь чужаков, боязнь людей вообще сохранилась у нее с той поры, когда она подвергалась травле со стороны семьи, принимала любого незнакомца за агента, нанятого родней, или подозревала, что посторонние люди знают обо всем, что говорят и пишут о ней. Она боялась попасть в сумасшедший дом и испытывала страх перед его обитателями из-за целой череды печальных событий, произошедших в ее семье, и тех рассказов, которых она наслушалась в детстве от глупой служанки, кроме того, в основе этой фобии лежит, с одной стороны, SE 88
первичный, инстинктивный страх здорового человека перед безумцем, а с другой стороны — наличествующая при любом неврозе боязнь самому впасть в безумие. Такая специфическая фобия, как боязнь того, что кто-то стоит у нее за спиной, мотивирована впечатлениями от того, что напугало ее в юности и в более позднюю пору. После особенно неприятного случая в гостинице, неприятного оттого, что он был связан с эротикой, она стала больше обычного опасаться, что к ней может подкрасться какой-нибудь незнакомец, и наконец, фобия, свойственная многим невропатам, — боязнь того, что их могут похоронить заживо, исчерпывающе объясняется верой в то, что муж ее не был мертвым, когда выносили его тело, верой, в которой столь трогательно проявилась ее неспособ- GW 144
ность примириться с неожиданной потерей близкого и любимого человека. Впрочем, я полагаю, что, принимая в расчет все эти *психические* факторы, можно понять лишь то, почему

у нее возникли именно такие фобии, но невозможно объяснить, почему эти фобии стали стойкими. Объяснить это можно лишь с учетом *невротического* фактора, а именно того обстоятельства, что пациентка давно пребывала в состоянии полового воздержания, которое, как это часто бывает, дало ей повод для пугливости.

Что касается абулии (безволия, слабости), то это свойство нашей пациентки еще меньше, чем фобии, напоминает психический симптом, обусловленный снижением общей работоспособности. При гипнотическом анализе выясняется, что в данном случае абулия обусловлена скорее действием двойного психического механизма, который в основе своей составляет единое целое. Определенного рода абулия является попросту следствием фобии во всех тех случаях, когда страх связан с собственными поступками, а не с ожиданием (тщетными попытками отыскать нужного человека или неожиданным появлением человека, который незаметно подкрался, и т. д.), и безволие объясняется тем, что пациентка боится допустить промах.
SE 89 Было бы неверно представлять такого рода абулию особым симптомом наряду с соответствующими фобиями; должно признать лишь то, что подобная фобия может и не привести к абулии, если степень ее не слишком высока. В основе абулии иного рода лежат насыщенные аффектами неизбывные ассоциации, не допускающие связи с новыми и, в особенности, несовместимыми с ними ассоциациями. Ярчайшим примером подобной абулии служит анорексия нашей пациентки. Питается она столь скудно лишь из-за того, что пища ей не по вкусу, поскольку акт приема пищи издавна ассоциируется у нее с тошнотворными воспоминаниями, суммарный аффект которых еще не ослабел. Невозможно ведь принимать пищу, испыты-
GW 145 вая разом тошноту и удовольствие. Возникшая в прежние годы склонность к тошноте при приеме пищи так и не ослабела, поскольку она постоянно сдерживала тошноту вместо того, чтобы избавиться от нее за счет реакции; в детстве страх наказания заставлял ее поглощать остывшую пищу, несмотря на тошноту, а в зрелые годы уважение к брату не позволяло ей выразить те чувства, которые охватывали ее во время совместных трапез.

Я позволю себе напомнить об одной небольшой работе, в которой я попытался дать психологическое объяснение истерическому параличу. Я высказал предположение о том, что причиной такого паралича является замкнутость комплекса представлений, например, о какой-то конечности, перед лицом новых ассоциаций; однако сама замкнутость ассоциаций обусловлена тем, что представление о парализованном члене включено в проникнутое неизбывным аффектом воспоминание о травме. Примерами из обыденной жизни я обосновал то, что такой захват[18] некоего представления неизбывным аффектом всегда влечет за собой определенную замкнутость ассоциаций, несовместимость с новыми аффектами*.

До последнего времени мне не удалось обосновать с помощью гипнотического анализа мои тогдашние предположения о двигательном параличе, однако я могу сослаться на анорексию госпожи фон Н. как на доказательство того, что именно этот SE 90 механизм действует в определенных случаях абулии, которая представляет собой не что иное, как очень специфический — «систематизированный», по французскому выражению, — психический паралич.

Можно в общих чертах охарактеризовать психическое состояние фрау фон Н., отметив два обстоятельства:

1. Мучительные аффекты, возникшие у нее из-за травматических переживаний, остались неизбывными, таковы GW 146 угрюмость, скорбь (по умершему мужу), неприязнь (к травившей ее родне), тошнота (из-за приема пищи под принуждением), страх (из-за великого множества напугавших ее событий) и т. д.
2. Вследствие бурной деятельности памяти в ее текущем сознании то произвольно, то в ответ на нынешние возбуждающие стимулы (например, в ответ на известие о революции в Санто-Доминго) воссоздаются по фрагментам травматические события вкупе с сопровождавшими их аф-

* См.: *Quelques considerations pour une etude comparative des paralysies motrices, organiques et hysteriques* (Некоторые замечания по поводу сравнительного исследования двигательных параличей, органических и истерических). Archives de Neurologie, Nr. 77, 1893. — *Прим. автора.*

фектами. Моя терапия продвигалась тем же путем, что и деятельность ее памяти, и заключалась в том, чтобы день за днем разрешать и улаживать то, что ежедневно выходило на поверхность, пока запас доступных болезнетворных воспоминаний не иссяк.

К сказанному по поводу этих психических особенностей, свойственных, как я полагаю, всем, кто имеет склонность к истерическим пароксизмам, можно добавить несколько важных наблюдений, которые я намереваюсь приберечь до тех пор, когда речь пойдет о механизме соматических симптомов.

Невозможно вывести все соматические симптомы пациентки из одного источника, напротив, даже такие скромные наблюдения убеждают в том, что соматические симптомы истерии возникают по-разному. Прежде всего я позволю себе приравнять боли к соматическим симптомам. Насколько я могу судить, боли эти отчасти были обусловлены органическими причинами, незначительными (ревматическими) изменениями в мышцах, сухожилиях и фасциях, которые доставляют нервическому больному не меньше страданий, чем человеку здоровому; отчасти же эти боли, по всей вероятности, были обусловлены болезненными воспоминаниями, служили мнемоническим
SE 91 символом той поры волнений и ухода за больными, которая занимала так много места в жизни пациентки. Возможно, и эти
GW 147 боли первоначально были обусловлены органическими причинами, но с той поры употреблялись уже для нужд невроза. Мои соображения о болях, которыми страдала фрау фон Н., опираются на наблюдения, сделанные в другом месте, о которых я сообщу ниже; наблюдая за самой пациенткой, выяснить именно об этом удалось немногое.

Некоторые примечательные жесты фрау фон Н. были попросту выражением душевного порыва, и значение их угадывалось без труда, таковы вытягивание рук с растопыренными и скрюченными пальцами, выражавшее ужас, мимика и т. п. Более живое и свободное выражение душевного порыва, вроде мимики иного рода, соответствовало, конечно, воспитанию и происхождению этой дамы; когда она не пребывала в истерическом состоянии, она была сдержанна, почти чопорна в вы-

ражении чувств. Другие ее двигательные симптомы, по ее словам, были напрямую связаны с болями, она беспокойно шевелила пальцами (1888) или потирала руки (1889), чтобы сдержать крик, и эта мотивация живо напоминает о дарвиновских принципах толкования выразительных движений, о принципе «отвода возбуждения», опираясь на который он объясняет, например, почему собака виляет хвостом. Да и все мы вместо криков при болевом раздражении прибегаем к моторной иннервации иного рода. Если на приеме у стоматолога пациент решил держать в одном положении голову и рот и не сучить руками, то он, по крайней мере, отбивает дробь ногами.

Более сложный механизм конверсии можно усмотреть в свойственных фрау фон Н. движениях, наподобие тика: цокании языком и заикании, выкрикивании имени «Эмми» при внезапной путанице в мыслях и сложносоставной защитной формуле «не двигайтесь — молчите — не прикасайтесь ко мне!» (1888). Из числа этих моторных проявлений заикание и цокание языком можно объяснить действием механизма, который я назвал в небольшой статье в «Журнале по гипнотизму» (том I, 1893) «объективацией контрастного представления». Этот процесс, проиллюстрированный в статье нашими собственными примерами, развивался следующим образом: утомленная заботами и ночными бдениями истеричка сидит у постели своего больного ребенка, который наконец-то (!) уснул. Она говорит себе: ну, теперь не пророни ни звука, чтобы не разбудить малыша. Вероятно, это намерение вызывает у нее контрастное представление, она начинает опасаться, что может ненароком шелохнуться и разбудить ребенка, который так долго не мог уснуть. Примечательно, что подобные представления, контрастирующие с намерением, возникают у нас тогда, когда мы не уверены в том, что нам удастся осуществить важное намерение. GW 148 SE 92

У человека невротичного, из самосознания которого редко исчезает склонность к депрессии, тревожному ожиданию, возникает больше подобных контрастных представлений, или он более восприимчив к ним, к тому же они кажутся ему более знаменательными. При утомлении, которое испытывает наша

пациентка, обыкновенно отметавшееся контрастное представление становится самым сильным; именно оно объективируется и, к ужасу пациентки, на самом деле порождает шум, который она боится произвести. Объясняя процесс в целом, я допускаю и то, что утомление это является частичным, затрагивает, говоря в терминах Жане и его последователей, лишь первичное Я пациентки и не влечет за собой ослабление самого контрастного представления.

Далее я предполагаю, что именно ужас от произведенного против воли шума придает этим обстоятельствам силу травматического воздействия и фиксирует этот шум как телесный мнемонический признак всей сцены. Более того, я полагаю, что
GW 149 на самом характере этого тика, заключающегося в том, что пациентка судорожно издает несколько разделенных паузами звуков, больше всего напоминающих щелчки, можно обнаружить отпечаток того процесса, которому он обязан своим возникновением. Складывается впечатление, что между намерением и контрастным представлением развернулась борьба, которая придала тику дискретный характер и оттеснила контрастное представление на непривычные пути иннервации речевой мускулатуры.

В сущности, по той же причине сохранилось и спазматическое речевое торможение, это особое заикание, только на сей раз мнемоническим символом события стал не результат конечной иннервации, крик, а сам процесс иннервации, попыт-
SE 93 ка судорожного торможения органов речи.

Оба симптома, цокание языком и заикание, которые роднит их генез, оставались и впредь совокупными и, благодаря повторению сходных побудительных случаев, стали стойкими симптомами. Однако затем им было найдено и другое применение. Возникнув однажды из-за сильного испуга, отныне они (в соответствии с механизмом моносимптоматической истерии, действие которого я покажу на примере четвертого случая) всегда сопровождали чувство страха, даже если оно не могло подать повод для объективации контрастного представления.

В результате они были связаны с таким множеством травм, столько уже имелось оснований для их воспроизведения в памяти, что они постоянно прерывали речь без дополнительного повода, подобно бессмысленному тику. Однако затем в ходе гипнотического анализа выяснилось, сколько смысла скрывается за этим мнимым тиком, и если метод Брейера в данном случае не позволил одним махом полностью устранить оба симптома, то произошло это потому, что катарсис распространялся лишь на три основные травмы, а не на травмы, связанные с ними вторично*. GW 150

* Может сложиться впечатление, будто я придавал слишком большое значение деталям симптомов и погряз в поверхностном толковании. Однако я уяснил, что даже самого подробного изложения недостаточно для детерминирования истерических симптомов и приписать им слишком много смысла совсем не просто. Приведу пример в оправдание. Несколько месяцев назад я занимался лечением восемнадцатилетней девушки из семьи с плохой наследственностью, и в ее комплексном неврозе немалая доля принадлежала истерии. Первое, что я от нее услышал, было жалобой на приступы отчаяния с двойной симптоматикой. В первом случае она ощущала тянущую боль и пощипывание в нижней части лица, спускавшиеся от щек ко рту; во втором случае у нее судорожно вытягивались пальцы на обеих ногах и начинали быстро сгибаться и разгибаться. Поначалу я тоже не был склонен придавать большое значение этим деталям, а раньше исследователи истерии наверняка усмотрели бы в этом симптоме доказательство того,что при истерических припадках происходит возбуждение кортикальных центров. Хотя мы и не знаем, где находятся центры, ответственные за возникновение подобной парестезии[19], известно, что такие явления парестезии предшествуют парциальной эпилепсии и входят в комплекс симптомов сенсорной эпилепсии Шарко. Движение пальцев могло быть связано с двумя симметричными точками в корковом слое, расположенными в непосредственной близости к срединной расщелине. Но все оказалось иначе. Когда я узнал пациентку получше, я спросил ее напрямик, какие мысли приходят ей на ум во время таких приступов, уверив ее в том, что стесняться ей не нужно, ведь она наверняка может объяснить оба симптома. Пациентка покраснела от стыда и наконец без гипноза склонилась к следующему объяснению, которое, по уверению сопровождавшей ее компаньонки, полностью соответствовало действительности. После того как у нее появились первые месячные, она на протяжении многих лет страдала cephalaea adolescentium (юношеская мигрень, *лат.*), из-за которой не могла ничем заниматься подолгу и вынуждена была прервать обучение. Избавившись наконец от этой помехи, честолюбивое и несколько простодушное дитя решило хорошенько заняться собой, дабы нагнать своих сестер и ровесниц. Она выбивалась из последних сил, и под конец

SE 94 Благодаря сложному мыслительному маневру выкрикивание имени «Эмми» во время припадков с путаницей в мыслях, при которых, по правилам истерических припадков, воспроизводилось состояние беспомощности, часто возникавшее у нее в период лечения дочери, было связано с содержанием припадка и в какой-то степени соответствовало формуле, призванной

ее обыкновенно охватывало отчаяние, ей казалось, что она переоценила свои силы. Конечно, она имела привычку и внешне сравнивать себя с другими девушками и расстраивалась, когда обнаруживала у себя какой-нибудь физический недостаток. Огорченная из-за свойственного ей (вполне отчетливого) прогнатизма[20], она решила исправить свое лицо и четверть часа упражнялась в натягивании верхней губы на выпирающие зубы. Однажды из-за ощущения тщетности этой попытки ее охватило отчаяние, и с тех пор тянущая боль и пощипывание, на щеках и ниже, стали всегда появляться у нее при таких приступах. Не менее четким было и детерминирование других приступов, при которых появлялся моторный симптом — вытягивались и шевелились пальцы ног. Мне уже было известно, что впервые подобный приступ случился с ней после экскурсии на Шафберг под Ишлем[21], и родственники, естественно, склонялись к тому, чтобы отвадить ее от привычки перенапрягаться. Однако сама девушка рассказала следующее: сестры обожали подтрунивать над ней, поскольку у нее были слишком большие ступни. Наша пациентка, которую давно печалил этот небольшой физический недостаток, попыталась было втиснуть ноги в узкие башмаки, но внимательный отец этого не допустил и позаботился о том, чтобы она носила только удобную обувь. Она была очень недовольна этим распоряжением, постоянно об этом думала и привыкла шевелить пальцами в башмаках, как шевелят ими, когда хотят проверить, не слишком ли велики ботинки и т. п. Во время восхождения на Шафберг, которое вовсе не показалось ей утомительным, она опять обратила внимание на свою обувь, благо юбка на ней была укороченная. Одна из сестер сказала ей между прочим: «Ну сегодня ты надела самые большие ботинки». Она попробовала пошевелить пальцами, и ей показалось то же самое. Беспокойные мысли об этих злополучных больших ступнях уже не оставляли ее, и когда все вернулись домой, у нее впервые случился приступ, при котором ее пальцы вытягивались и произвольно двигались, что было мнемоническим символом всего потока опечаливших ее мыслей. Замечу, что в данном случае речь идет о приступообразном, а не о стойком симптоме; к сказанному добавлю, что после этого признания одни приступы прекратились, а другие приступы, при которых шевелились пальцы, случались по-прежнему. Скорее всего, она что-то утаила.

P. S. Впоследствии я узнал и об этом. Эта безрассудная девушка столь рьяно взялась себя приукрашивать оттого, что хотела понравиться одному юному кузену.

Примечание, сделанное в 1924 г. Спустя несколько лет ее невроз перешел в dementia praecox. — *Прим. автора.*

защитить пациентку от этого припадка. Возможно, этот крик при менее целенаправленном его использовании мог бы опуститься до уровня тика, ведь сложная защитная формула «не прикасайтесь ко мне и т. д.» уже употреблялась таким образом, однако гипнотическая терапия задержала в обоих случаях дальнейшее развитие этих симптомов. Этот крик зародился буквально на моих глазах. Я застал его в тот момент, когда он еще был ограничен пределами породившего его припадка с путаницей в мыслях. GW 151 SE 95

Какова бы ни была вероятность того, что склонность цокать языком возникла из-за объективации контрастного представления, заикание развилось исключительно из-за конверсии психического возбуждения в моторное, а крик «Эмми» и более длинная защитная конструкция появились в результате волевого усилия пациентки при истерическом пароксизме[22], все эти симптомы объединяет то, что они изначально или всегда были явственно связаны с травмами, символами которых они служили в процессе деятельности памяти. GW 152

Другие соматические симптомы пациентки не являются истерическими по природе, таковы судороги затылочных мышц, которые представляются мне видоизмененными мигренями и которые, следовательно, надлежит причислить к органическим недомоганиям,' а вовсе не к неврозам. Однако их постоянно сопровождают истерические симптомы; судороги затылочных мышц у фрау фон Н. выполняют функцию истерических припадков, между тем как типичные формы проявления истерических припадков у нее отсутствовали. SE 96

Я намереваюсь дополнить характеристику психического состояния фрау фон Н., обратившись к достоверным сведениям о патологических изменениях в ее сознании. Из-за судорог затылочных мышц, равно как из-за неприятных текущих впечатлений (вспомним последнее помрачение сознания в саду) или из-за наплыва воспоминаний о каком-нибудь травматическом происшествии, она погружается в бредовое состояние, при котором — мои немногочисленные наблюдения свидетельствуют именно об этом — имеют место такие же навязчивые ассо-

циации, такое же ограничение сознания, как при травме, с чрезвычайной легкостью возникают галлюцинации и иллюзии и делаются необдуманные или просто нелепые заключения. Вероятно, это состояние, сопоставимое с умственной алиенацией[23], заменяет у нее припадок, будучи его эквивалентом, чем-то вроде острого психоза, который можно было бы классифицировать как «галлюцинаторную спутанность сознания». С типичным истерическим припадком его роднит еще и то, что в основе бреда, как это достоверно известно, лежит преимущественно фрагмент старого травматического воспоминания. Переход от нормального состояния к помрачению сознания происходит зачастую совершенно незаметно; еще мгновение назад она вполне здраво рассуждала о предметах, не вызывающих у нее особого волнения, как вдруг разговор наводит ее на мысль о неприятных представлениях, и я замечаю по ее более
GW 153 резким жестам, по ее особым фразам и т. п., что она бредит. В начале лечения бред растягивался у нее на целый день, поэтому трудно было судить наверняка, связаны ли отдельные симптомы, например жесты, только с текущим психическим состоянием, будучи симптомами приступообразными, или являются стойкими симптомами, подобно цоканию языком и заиканию. Зачастую различить произошедшее в состоянии бреда и в нормальном состоянии удавалось лишь постфактум.
SE 97 Разграничивались эти состояния благодаря памяти, и впоследствии она бывала крайне удивлена, узнавая, какие дополнения внес бред в беседу, которую она вела в нормальном состоянии. Наш первый разговор был прекрасным примером незаметного чередования обоих состояний. В продолжении этой психической качки влияние нормального сознания, фиксирующего текущие события, ощутилось лишь один раз, когда она дала мне бредовый ответ, будто она дама прошлого века.

Анализ этого бреда фрау фон Н. был далеко не исчерпывающим, главным образом потому, что состояние ее тотчас улучшалось до такой степени, что бред резко контрастировал с нормальной жизнью и ограничивался рамками тех временных отрезков, которые занимали судороги затылочных мышц. Куда

больше сведений я собрал о поведении пациентки, когда она пребывала в третьем по счету психическом состоянии, в состоянии искусственного сомнамбулизма. В нормальном состоянии она не ведала о своих душевных переживаниях в состоянии бреда и при сомнамбулизме, тогда как в сомнамбулическом состоянии она помнила обо всех трех своих состояниях и была, по существу, ближе всего к норме. Если отвлечься от того, что в сомнамбулическом состоянии она бывала со мной куда менее сдержанной, чем в лучшие часы обычного общения, то есть рассказывала мне в сомнамбулическом состоянии о своей семье, между тем как в иных обстоятельствах держалась со мной так, словно я был чужаком, и если не принимать во внимание абсолютную внушаемость сомнамбулы, которую она выказывала, то приходит- GW 154
ся признать, что при сомнамбулизме она пребывала в совершенно нормальном состоянии. Любопытно было наблюдать, что в этом сомнамбулическом состоянии не было ничего сверхестественного, что оно было обременено всеми теми психическими изъянами, которые мы считаем свойственными нормальному состоянию сознания. Деятельность ее памяти в сомнамбулическом состоянии можно проиллюстрировать следующими примерами. Однажды в разговоре со мной она выразила восхищение красивым горшечным растением, которое украшало вестибюль санатория.

— Но вот как оно называется, господин доктор? Вы не знаете? Я знала его названия на немецком и на латыни, но оба позабыла.

Она была превосходным знатоком растений, между тем как мне пришлось сознаться в своем невежестве по части бота- SE 98
ники. Несколько минут спустя, во время гипноза я спросил ее: «Теперь вы вспомнили название растения на лестнице?» Она ответила, не раздумывая: «По-немецки оно называется турецкой лилией, а латинское его название я действительно позабыла». В другой раз, пребывая в добром здравии, она рассказывала мне о посещении римских катакомб и никак не могла припомнить два архитектурных термина, которые и я не смог ей подсказать. Сразу после этого во время гипноза я

справился о том, какие слова она имела в виду. Она не вспомнила их и в состоянии гипноза. Тогда я сказал: не думайте больше об этом, завтра в саду между пятью и шестью часами пополудня, ближе к шести часам, они неожиданно придут вам на ум.

Следующим вечером посреди весьма далекого от катакомб разговора она вдруг сказала: «Крипта, господин доктор, и колумбарий».

— Ах, так вот те самые слова, которые вы не могли вчера припомнить. Когда же они пришли вам на ум?

— Сегодня после обеда в саду, перед тем как я поднялась.

Я догадался, что таким образом она хотела мне показать, что точно соблюдала установленный срок, поскольку, по своему обыкновению, сад она покидала около шести часов. Следова-
GW 155 тельно, даже в сомнамбулическом состоянии она не располагала своими знаниями в полном объеме, кроме того, при сомнамбулизме сохранялось текущее и потенциальное сознание. Довольно часто случалось так, что, услышав в сомнамбулическом состоянии мой вопрос о том, с чем связан тот или иной симптом, она морщила лоб и после некоторой паузы робко отвечала: не знаю. Впоследствии я взял за правило говорить ей: подумайте и вы сразу припомните, и она, немного поразмыслив, давала мне требуемые пояснения. Впрочем, бывало и так, что ей не удавалось ничего вспомнить, и мне приходилось откладывать задание, обязав ее припомнить обо всем до завтрашнего дня, и она всегда припоминала. Эта дама, которая в обыденной жизни щепетильно избегала любого намека на ложь, ни разу не солгала и во время гипноза, однако, случалось, недоговаривала, умалчивала о некоторых подробностях до тех пор, пока я со второй попытки не добивался от нее исчерпывающе-
SE 99 го ответа. Как и в случаях, описанных на стр. 104—105, молчала она в сомнамбулическом состоянии чаще всего из-за антипатии, которую внушала ей определенная тема. Несмотря на эти ограничения, ее психическое расположение при сомнамбулизме в целом производило впечатление свободного раскрытия интеллектуального потенциала и полного владения всеми богатствами своей памяти.

Ее, бесспорно, сильная внушаемость при сомнамбулизме не имела, однако, ничего общего с болезненной неспособностью сопротивляться. В целом должен признать, что она произвела на меня все же не большее впечатление, чем можно было бы ожидать при таком подходе к психическому механизму от любого человека, который весьма доверчиво внимал бы мне, пребывая в ясном уме, только вот фрау фон Н., будучи в так называемом нормальном состоянии, не могла выказать мне благосклонное душевное расположение. Если мне не удавалось ее переубедить, как в случае с боязнью животных, или я не мог установить психический генез определенного симптома и намеревался воспользоваться властным внушением, я всегда замечал взволнованное, недовольное выражение на лице сомнамбулы, и когда под конец я спрашивал ее: «Значит, вы так и будете бояться этих животных?» — она отвечала: «Нет, — раз вы просите». Подобное обещание, подкрепленное лишь ее уступчивостью, в сущности, ни разу не выполнялось и пользы от него было не больше, чем от многих моих общих наставлений, вместо которых я мог бы с таким же успехом без конца внушать ей: будьте здоровы.

Особа, которая столь упорно не поддавалась внушению, направленному на избавление ее от симптомов болезни, и могла избавиться от них только путем психического анализа или переубеждения, становилась восприимчивой, как записной GW 156
медиум, когда речь шла о незначительных внушениях, о предметах, не имеющих отношениях к ее болезни. Примеры подобного постгипнотического послушания я привел в истории болезни. Я не нахожу в таком поведении никакого противоречия. Самое сильное представление должно было и в этом случае заявлять о своих правах. Если присмотреться к механизму патологической «идефикс», то обнаружится, что она мотивирована и поддерживается столь многочисленными и оказывающими столь мощное влияние переживаниями, что ее способность успешно противостоять внушенным контрпредставлениям, наделенным лишь вполне определенной силой, не вызывает удивления. Только из мозга истинно больного можно было бы пу- SE 100

тем внушения устранить столь естественные последствия интенсивных психических процессов*.

GW 157 Когда я изучал сомнамбулическое состояние фрау фон Н., у
SE 101 меня впервые появились серьезные сомнения в справедливо-

* Об этом любопытном антагонизме между неподатливостью симптомов болезни и постгипнотическим послушанием во всем остальном, поскольку неподатливость была глубоко обоснованной и недоступной для анализа, я получил основательное представление в другом случае. Более пяти месяцев я безуспешно лечил одну бойкую и способную девушку, у которой за полтора года до этого появилось нарушение походки. У нее была анальгезия[24] обеих ног, обнаруживались зоны болезненной чувствительности на обеих ногах и быстрый тремор рук, передвигалась она мелкими шажками, согнувшись, с трудом волоча ноги и пошатываясь, словно человек, страдающий церебральным параличом, к тому же часто падала. Настроение у нее было вызывающе веселым. При виде этого комплекса симптомов один специалист из числа тогдашних венских светил не смог удержаться от диагноза множественного склероза, другой усмотрел в этом истерию, в пользу которой также свидетельствовал сложный характер клинической картины к моменту начала заболевания (боли, обмороки, амавроз[25]), и направил пациентку на лечение ко мне. Я попытался исправить ее походку путем внушения, лечения ног под гипнозом и т. д., но ничего не добился, хотя она была превосходной сомнамбулой. Однажды, когда она снова пришла ко мне, покачиваясь, держась одной рукой за своего отца, а другой опираясь на зонтик, кончик которого уже заметно сточился, я был нетерпелив и прикрикнул, пока она находилась под гипнозом: «Это слишком затянулось. Завтра утром зонтик треснет здесь, в ваших руках, и вам придется возвращаться домой без зонтика, и с этих пор он вам больше не понадобится». Не знаю, откуда у меня взялась глупая мысль сосредоточить внушение на зонтике; потом я устыдился и не догадался о том, что моя сообразительная пациентка решила спасти меня от своего отца, который был врачом и присутствовал на этом сеансе гипноза. На следующий день отец рассказывал мне: «Знаете, что она сделала вчера? Мы прогуливались по Рингштрассе[26], как вдруг она не на шутку расшалилась и прямо посреди улицы стала распевать "Привольную ведем мы жизнь"[27], ударяя в такт зонтиком по мостовой, и зонтик треснул». Сама она, конечно, и не догадывалась о том, сколь остроумно придала блеск и смысл нелепому внушению. Убедившись в том, что состояние ее не улучшается от уверений, требований и лечения под воздействием гипноза, я обратился к психическому анализу и осведомился, какие эмоции предшествовали вспышке ее недуга. На сей раз (под гипнозом, но совершенно спокойно) она рассказала, что незадолго до этого умер ее молодой родственник, с которым она долгие годы считала себя обрученной. Впрочем, от этого признания состояние ее нисколько не изменилось; на следующем сеансе гипноза я сказал ей, что совершенно уверен в том, что смерть кузена не имеет никакого отношения к ее состоянию, — произошло что-то другое, о чем она умолчала. Она

сти слов Бернгейма «tout est dans la suggestion»* и его остроумного друга Дельбефа[28], который добавил: «Comme quoi il n'y a pas d'hypnotism»**. Я и сейчас не могу понять, каким образом поднятый палец или единожды произнесенное слово «спите» должны были создать особое психическое состояние, при котором пациентка помнила обо всех своих душевных переживаниях. Я мог вызвать это состояние, но не создавал его путем GW 158
внушения, ведь его свойства, каковые, впрочем, повсеместны, меня сильно поразили.

Каким образом проводилась терапия, когда она пребывала в сомнамбулическом состоянии, в полной мере явствует из истории болезни. Как принято при гипнотической психотерапии, я старался развенчать наличные патологические представления путем уверений, запретов, выдвижения контрпредставлений любого рода, но этим не ограничивался и выяснял генез отдельных симптомов, дабы можно было развенчать и предпосылки, на которых были воздвигнуты патологические понятия. В ходе этого анализа пациентка стала регулярно, проявляя сильнейшее волнение, высказываться по поводу предметов, отток связанного с которыми аффекта до сих пор осуществлялся лишь путем эмоциональной экспрессии. Сколько текущих терапевтических результатов было достигнуто за счет суггестивного экстрагирования in statu nascendi или ослабления аффекта посредством отреагирования, сказать не берусь, поскольку я допускал взаимодействие обоих терапевтических факторов. Так что этот случай не может послужить веским аргументом в пользу терапевтической действенности катартического метода, и все же нужно отметить, что надолго устранены были лишь те симптомы болезни, применительно к которым я проводил психический анализ.

уже готова была на что-то намекнуть, но, не успев произнести и слова, умолкла, и ее престарелый отец, который сидел за ее спиной, горько зарыдал. Разумеется, я прекратил расспрашивать пациентку, да и она сама ко мне больше не обращалась. — *Прим. автора.*

* Tout est dans la suggestion (*франц.*) — все происходит благодаря внушению.

** Comme quoi il n'y a pas d'hypnotism (*франц.*) — под чем он разумел отнюдь не гипнотизм.

В целом терапевтический успех был довольно заметным, но не стойким; склонность пациентки столь же болезненно реагировать на новые травмы, которые с ней случались, не была
SE 102 устранена. Если бы кто-нибудь вознамерился добиться окончательного излечения от подобной истерии, ему следовало бы изучить взаимосвязь этих феноменов более скрупулезно, чем это проделал я. Фрау фон Н., несомненно, имела наследственную предрасположенность к невропатии. Вероятно, без такой предрасположенности истерия вообще не возникает. Но одной
GW 159 предрасположенности недостаточно для появления истерии, для этого потребны основания, а именно, утверждаю я, основания адекватные, этиология определенной природы. Выше я упоминал о том, что у госпожи фон Н., казалось, сохранялись аффекты, связанные со множеством травматических событий, и в процессе бурной деятельности памяти на поверхность психики всплывала то одна, то другая травма. Теперь я дерзну указать причину такой стойкости аффектов госпожи фон Н. Это и впрямь связано с ее наследственной предрасположенностью. С одной стороны, она отличалась большой впечатлительностью, была по натуре пылким человеком, способным на бурные проявления чувств, с другой стороны, после смерти мужа она жила в полной душевной изоляции, утратив доверие к друзьям из-за козней родни, ревностно следила за тем, чтобы никто не оказывал слишком сильного влияния на ее поступки. Круг ее обязанностей был велик, и со всеми душевными тяготами, которые на нее навалились, она справлялась в одиночку, без помощи друга или доверенного лица, будучи почти изолированной от своей семьи и вдобавок находясь под бременем собственной добросовестности, склонности к самоистязанию, а зачастую и естественной для женщины беспомощности. Словом, в данном случае мог действовать и механизм ретенции большого суммарного возбуждения. Основу его составляют отчасти обстоятельства ее жизни, отчасти же ее естественная предрасположенность; она, к примеру, так боялась о себе проболтаться, что никто из гостей, обычно наведывавшихся к ней в дом, как я с изумлением заметил в 1891 году, не знал о том, что она больна, а я ее врач.

Исчерпывается ли этим этиология истерии в данном случае? Я так не думаю, поскольку во время проведения двух курсов лечения я не задавался вопросами, ответ на которые требовал исчерпывающего разъяснения. Ныне я полагаю, что должно было еще что-то произойти, чтобы на фоне остававшихся на протяжении многих лет неизменными обстоятельств, имеющих этиологическое значение, спровоцировать вспышку болезни GW 160
именно в последние годы. Мне бросилось в глаза и то, что во SE 103
всех сокровенных рассказах пациентки начисто отсутствовал сексуальный элемент, который, однако, как никакой другой элемент, служил поводом для травм. В этой сфере возбуждение не может исчезнуть без остатка, так что, скорее всего, мне довелось выслушать editio in usum delphini* ее биографии. В обращении пациентка была очень скромна, без притворства и жеманства. Впрочем, когда я вспоминаю о сдержанности, с которой она рассказывала мне под гипнозом о маленьком приключении своей камеристки в гостинице, у меня закрадывается подозрение, что одержать верх над сексуальными потребностями этой пылкой и столь впечатлительной даме удалось не без тяжелой внутренней борьбы и ценой крайнего психического истощения в тот период, когда она стремилась подавить это мощнейшее влечение. Однажды она призналась, что не вышла во второй раз замуж, поскольку, будучи женщиной весьма состоятельной, не верила в бескорыстие женихов и не могла допустить, чтобы из-за нового брака пострадали интересы ее детей.

Я должен еще кое-что добавить, прежде чем завершу историю болезни фрау фон Н. Оба мы, доктор Брейер и я, знали ее довольно хорошо и довольно давно и всегда смеялись, сравнивая ее портрет с описанием истеричной психики, которое с давних пор кочует по книгам и находит поддержку среди врачей. Если из наблюдений за фрау Сесилией М. явствовало, что истерия в наиболее тяжелой форме совместима с богатейшей и оригинальнейшей одаренностью — о чем свидетельствуют и факты из жизнеописаний женщин, оставивших свой след в

* Editio in usum delphini *(лат.)* — издание для чтения дофина[29].

истории и литературе, — то фрау Эмми фон Н. может служить примером того, что истерия не исключает и безупречного развития характера и целеустремленного поведения. То была одна
GW 161 из замечательнейших женщин, каких мы знали, — чье серьезное и глубоко нравственное отношение к своим обязанностям, чей почти мужской ум и энергичность, чья образованность и любовь к правде внушали нам уважение, тогда как ее искренняя забота обо всех подчиненных, ее душевная кротость и изящные манеры выдавали в ней достойную уважения даму.
SE 104 Назвать такую женщину «дегенеративной» значит исказить до неузнаваемости значение этого слова. Следует отличать в понятийном отношении людей «предрасположенных» от людей «дегенеративных», иначе придется признать, что львиной долей своих величайших достижений человечество обязано трудам «дегенератов».

Признаюсь и в том, что не могу отыскать в истории фрау фон Н. и намека на «неполноценную психическую функцию», к которой П. Жане сводит генез истерии. По его мнению, предрасположенность к истерии обусловлена «сужением поля сознания» (по причине наследственной дегенерации), которая позволяет игнорировать целый ряд ощущений и в дальнейшем приводит к распаду Я и формированию вторичных личностей. Следовательно, и оставшийся фрагмент Я, за вычетом отделившихся психических групп с истерической организацией, должен быть менее дееспособным, чем нормальное Я, и Жане действительно полагает, что такое Я у людей истеричных отмечено явственными психическими стигмами, обречено на моноидеизм и не способно на обычные волевые действия. Мне кажется, что в данном случае Жане несправедливо возвел последствия истерических изменений сознания в степень исходных условий истерии. Эта тема достойна более подробного рассмотрения в другом месте; однако у госпожи фон Н. подобная неполноценность не обнаруживалась. В тот период, когда состояние ее было тяжелейшим, она сохраняла способность вносить свою лепту в управление крупным промышленным предприятием, ни на минуту не забывала о воспитании своих
GW 162 детей, вела переписку с людьми выдающегося ума, словом, столь

исправно исполняла свои обязанности, что о болезни ее никто не догадывался. Все же надо полагать, что из-за этого накапливалось значительное психическое перенапряжение, которое в конце концов стало невыносимым и привело к вторичному misere psychologique*. Вероятно, к тому времени, когда я увидел ее впервые, подобные расстройства уже начали подтачивать ее функциональные способности, однако в любом случае SE 105
истерия в тяжелой форме была у нее задолго до появления признаков утомления**.

* Misere psychologique (*франц.*) — психологическое обеднение.

** *Примечание 1924 г.* Я знаю, что ныне ни один аналитик не сможет удержаться от сочувственной улыбки при чтении этой истории болезни. Но стоит принимать во внимание, что то был первый в моей практике случай столь активного применения катартического метода. Я хочу сохранить этот отчет в первоначальном виде еще и затем, чтобы избежать критических оценок, которые ныне даются так легко, и не пытаться задним числом заполнить многочисленные пробелы. Добавить я хочу лишь рассказ о полученном мною впоследствии представлении об истинной сущности этиологии этого заболевания и сведения о дальнейшем его течении.

Когда я, как уже сообщалось, гостил несколько дней в ее загородном доме, на одном обеде присутствовал незнакомец, который явно старался ей угодить. После его ухода она спросила меня, как он мне понравился, и между прочим добавила: «Вообразите, этот господин хочет на мне жениться». Сопоставив эти слова с другими фразами, которым я тогда не придал значения, я должен был догадаться, что в тот момент она мечтала о новом браке, однако считала двух своих дочерей, наследниц отцовского состояния, препятствием на пути воплощения этого замысла.

Несколько лет спустя на собрании естествоиспытателей я повстречал выдающегося врача, соотечественника госпожи Эмми, у которого осведомился, знаком ли он с этой дамой и наслышан ли о ее самочувствии. Да, он знаком с ней и сам лечил ее с помощью гипноза, она разыграла с ним, да и со многими другими врачами, такой же спектакль, что и со мной. На лечение к нему она поступила в жалком состоянии, гипнотическое ее лечение было невероятно успешным, а затем она неожиданно рассорилась с врачом, оставила его и у нее снова обострились все симптомы болезни. Это было настоящее «навязчивое повторение».

Лишь четверь века спустя до меня дошли известия о госпоже Эмми. Старшая ее дочь, та самая, которой я когда-то дал неблагоприятный прогноз, обратилась ко мне с просьбой о предоставлении экспертного заключения о психическом состоянии ее матери на основании проведенного мною в свое время лечения. Она собиралась предпринимать судебные меры против матери, которую изображала жестоким и беспощадным тираном. Та выставила обоих детей и отказывала им в материальной помощи. Сама корреспондентка имела докторскую степень и была замужем. — *Прим. автора.*

ЗИГМУНД ФРЕЙД

МИСС ЛЮСИ Р.

МИСС ЛЮСИ Р., ТРИДЦАТИ ЛЕТ

В конце 1892 года один мой друг и коллега[1] направил ко GW 163
мне молодую даму[2], которая состояла у него на лечении в связи с хроническим гнойным ринитом. SE 106 Как выяснилось впоследствии, причиной стойкости ее заболевания был кариес решетчатой кости. В последний раз пациентка обратилась к нему в связи с появлением новых симптомов, которые этот опытный врач уже не мог объяснить местным заболеванием. Она полностью утратила чувство обоняния, и ее почти неотвязно преследовали одно или два субъективных обонятельных ощущения. Они были ей весьма неприятны, кроме того, настроение у нее было подавленным, она ощущала усталость, жаловалась на тяжесть в голове, снижение аппетита и работоспособности.

Эта молодая дама, проживавшая в качестве гувернантки в окрестностях Вены в доме управляющего фабрикой, посещала меня время от времени в мои приемные часы. Она была англичанкой, хрупкого телосложения, бледной, светловолосой и совершенно здоровой, если не принимать в расчет заболевание носа. Первые ее сообщения подтверждали данные врача. Ее донимали дурное настроение и усталость, изводили субъективные обонятельные ощущения, из числа истерических симптомов у нее вполне отчетливо проявлялась анальгезия на фоне интактной тактильной чувствительности; сужения поля зрения во время беглого обследования (с помощью руки) не обнаружилось. Внутренняя поверхность носа была совершенно нечувствительна, рефлексы отсутствовали. Прикосновения ощущались, этот орган чувств не реагировал как на специфические, GW 164
так и на иные раздражители (аммиак, уксусную кислоту). Это обследование приходилось как раз на период смягчения симптомов гнойного катарального ринита.

При первой попытке разобраться в этом случае заболевания субъективные обонятельные ощущения, будучи хроническими галлюцинациями, толковались как стойкие истерические сим-

птомы. Дурное настроение, вероятно, являлось аффектом, относящимся к травме, и наверняка можно было установить событие, при котором данные обонятельные ощущения, ставшие ныне субъективными, были объективными, событие это и явилось травмой, чьими мнемоническими символами и служили
SE 107 неотвязные обонятельные ощущения. Возможно, было бы правильнее рассматривать хронические обонятельные галлюцинации вкупе с сопровождавшим их дурным настроением как эквиваленты истерических припадков; ведь по своей природе хронические галлюцинации не годились на роль стойких симптомов. В случае данного заболевания, находившегося еще в зачаточном состоянии, это было не важно; примечательно же было то обстоятельство, что субъективные обонятельные ощущения оказались весьма выборочными, словно обязаны были своим происхождением вполне определенному реальному объекту.

Это предположение вскоре подтвердилось. На мой вопрос о том, какой запах преследует ее чаще всего, я получил ответ: что-то вроде запаха подгоревшего пирога. Так что мне оставалось лишь предположить, что это и впрямь был запах подгоревшего пирога, который ощущался во время травматического события. Хотя выбор обонятельных ощущений в качестве мнемонических символов травмы представляется довольно необычным, однако объяснение такого выбора напрашивалось само собой. Пациентка страдала гнойным ринитом, поэтому обращала особое внимание на свой нос и связанные с ним ощущения. Об обстоятельствах жизни пациентки я узнал лишь то, что дети, которых ей доверили, лишились матери, умершей пару лет назад от обострения опасного заболевания.

GW 165 Итак, я решил избрать исходным пунктом анализа запах «подгоревшего пирога». Хронику этого анализа я изложу в таком виде, какой она могла бы приобрести при более благоприятных обстоятельствах; в действительности, то, на что хватило бы и одного сеанса, растягивалось на несколько сеансов, поскольку пациентка могла посещать меня только в приемные часы, когда я уделял ей немного времени, и один такой разго-

вор тянулся дольше недели, ибо обязанности не позволяли ей чаще совершать длительные поездки от фабрики до меня.

Мисс Люси Р. не впадала в сомнамбулический транс, когда я пытался погрузить ее в гипнотическое состояние. Поэтому я отказался от этих попыток и проводил весь курс анализа, пока она пребывала в состоянии, которое, возможно, немногим отличалось от нормального.

Об этом нюансе моего подхода следует рассказать более подробно. В 1889 году, когда я посещал клиники в Нанси, мне SE 108
довелось услышать слова мэтра гипноза д-ра Льебо: «Да, если бы мы владели способами, позволяющими вводить любого человека в сомнамбулический транс, гипнотический метод лечения был бы самым действенным»[3]. В клинике Бернгейма почти казалось, что такое искусство существует и научиться этому можно у Бернгейма. Однако стоило мне испытать это искусство на собственных пациентах, как я заметил, что, по меньшей мере, мои силы в этом отношении ограничены, и если пациент не погружался в сомнамбулический транс с третьей попытки, у меня тоже не было средств для того, чтобы ввести его в это состояние. Да и процентный показатель сомнамбул в моей практике сильно отставал от данных Бернгейма.

Так передо мной встала дилемма: либо отказываться от катартического метода в большинстве случаев, подходящих для его применения, либо рискнуть и попытаться применить его GW 166
без сомнамбулического транса в случае легкого и даже весьма неубедительного гипнотического воздействия. На мой взгляд, не имеет значения то, какой степени гипноза — согласно какой-нибудь из шкал, составленных для этих целей, — соответствует состояние несомнамбулическое, поскольку действенность внушения определенного толка и без того не зависит от действенности других внушений, а вызывая каталепсию[4], непроизвольные движения и т. п., нисколько не облегчаешь процесс воскрешения в памяти того, что было позабыто. Вскоре я перестал предпринимать и попытки определения степени гипноза, поскольку в целом ряде случаев такие попытки усиливали сопротивление пациентов и лишали меня уверенности, не-

обходимой мне для более важной психической работы. Сверх того, утомительно было при легком гипнозе всякий раз в ответ на заверения и приказания: «Вы засыпаете, спите!», слышать одно и то же возражение: «Господин доктор, но ведь я не сплю», и приниматься за разъяснение весьма деликатного различия: «Я ведь имею в виду не обычный сон, а гипноз. Видите, вы под гипнозом, вы ведь не можете открыть глаза и т. п. Да мне и ни к чему сон». Лично я убежден в том, что многие мои коллеги из числа психотерапевтов способны куда искуснее вывернуться из этого трудного положения; возможно, они и повели бы
SE 109 себя иначе. Однако мне кажется, что коль скоро знаешь, что зачастую достаточно произнести одно слово, чтобы поставить себя в затруднительное положение, лучше избегать и этого слова, и этих затруднений. И когда с первой попытки мне не удавалось ввести пациента в сомнамбулическое состояние или до какой-то степени погрузить его в гипноз, сопровождаемый соответствующими соматическими изменениями, я делал вид, что отказываюсь от гипноза, требовал только «концентрации» и велел ему лежать на спине с закрытыми глазами, дабы требуемой «концентрации» достигнуть. Таким образом мне без осо-
GW 167 бого труда удавалось погружать пациента в столь глубокий гипноз, какой вообще был возможен.

Однако, отказываясь от гипноза, я, пожалуй, лишался предпосылки, без наличия которой, казалось, невозможно применять катартический метод. Ведь он основывался на том, что при изменении состояния сознания у пациентов возникали такие воспоминания и они обнаруживали такие взаимосвязи, которых при нормальном состоянии сознания у них будто бы не было. Если же пределы памяти не раздвигались благодаря сомнамбулизму, должна была исчезнуть и возможность точного определения причины, о которой пациент не мог сообщить сознательно, а ведь как раз о патогенных событиях «пациенты, пребывая в обычном психическом состоянии, совершенно не помнят или припоминают их только в общих чертах». (См. «Предуведомление».)

Выбраться из очередного затруднительного положения мне помогло воспоминание о том, как сам Бернгейм на моих гла-

зах доказывал, что нам только кажется, будто воспоминания сомнамбулы забываются в бодрствующем состоянии и достаточно малейшего намека вкупе с манипуляцией, знаменующей другое состояние сознания, чтобы они возникли вновь. Он, к примеру, вызвал у женщины в сомнамбулическом состоянии негативную галлюцинацию, будто бы его уже нет в этом помещении, а затем попытался, не жалея средств и совершая безжалостные нападки, обратить ее внимание на себя. У него ничего не вышло. Когда пациентка очнулась, он осведомился, что он с ней делал, пока она пребывала в уверенности, что он отсутствует. Она удивленно ответила, что она ничего не помнит, однако он не сдался, стал уверять, что она все вспомнит, положил ей на лоб ладонь, чтобы она опомнилась, и вот тогда она наконец рассказала обо всем, что, казалось бы, не восприни- SE 110
мала, пребывая в сомнамбулическом состоянии, и о чем она, казалось бы, не помнила во время бодрствования.

Этот поразительный и поучительный опыт послужил для меня GW 168
примером. Я решил исходить из того, что мои пациенты тоже помнят обо всем, что некогда имело патогенное значение, и мне остается лишь принудить их к откровенному рассказу. И когда в определенный момент на вопросы: «С каких пор у вас этот симптом? Отчего он возник?», я получал ответ: «Не имею понятия», я поступал следующим образом: положив ладонь на лоб пациентки или придерживая ее голову ладонями с двух сторон, говорил: «Вот сейчас я надавлю вам рукой на лоб, и вы все припомните. Как только я уберу руку, у вас появится какой-то зрительный образ или вас неожиданно осенит, и вы сразу обнаружите именно то, что мы ищем. — Итак, что вы увидели или что пришло вам на ум?».

Когда я испробовал этот подход впервые (то было не с мисс Люси Р.)[5], я сам был поражен тем, что с его помощью получил именно то, что мне требовалось, и могу сказать, что с тех пор SE 111
он почти ни разу меня подводил, всегда указывал мне верное направление для расспросов и позволял доводить до конца любой анализ такого рода, не погружая пациента в сомнамбулический транс. Со временем я осмелел до такой степени, что в ответ на слова пациентов: «Я ничего не вижу» или «Мне ниче-

го не пришло на ум», заявлял, что это невозможно, — они наверняка обнаружили истину, но просто не поверили, что это она и есть, и ее отвергли. Я говорил, что мог бы повторять эту процедуру, сколько им угодно, и всякий раз они видели бы одно и то же. На деле справедливость моих слов всегда подтверждалась, пациенты еще не умели добиваться беспристраст-ности в суждениях и отвергали воспоминание или озарение, полагая, что оно бесполезно и возникло по ошибке, но всякий раз, когда они о нем рассказывали, выяснялось, что оно было истинным. GW 169 Порой, добившись признания с третьей или четвертой попытки, я слышал от пациента: «Да, я понял это еще в первый раз, но именно об этом мне говорить не хотелось» или «Я надеялся, что это не так».

Пусть раздвигать, казалось бы, сузившиеся пределы сознания таким образом было куда сложнее, чем расспрашивать пациента, пребывающего в сомнамбулическом состоянии, при этом я все же переставал зависеть от гипноза и мог разобраться в наиболее распространенных мотивах, которыми продиктовано «забвение» воспоминаний. Я могу утверждать, что забвение это зачастую намеренное, желанное. Оно всегда лишь кажется свершившимся.

Наверное, еще больше поразило меня то, что таким же способом можно восстановить в памяти, казалось бы, давно позабытые числа и даты, получив доказательства такой надежности памяти, о которой и не подозревал.

Учитывая ограниченность выбора при попытке вспомнить числа и даты, можно опереться на известный постулат учения
SE 112 об афазии[6], согласно которому опознавание является менее существенной функцией памяти, чем произвольное припоминание.

Так, пациенту, который не может припомнить, в каком году, в каком месяце и в какой день произошло определенное событие, называют предполагаемые годы, перечисляют по порядку двенадцать месяцев и все дни каждого месяца, уверяя его, что как только он услышит верную дату, глаза его сами собой раскроются или он почувствует, что эта дата верная. В подавляющем большинстве случаев пациенты действительно выбирают определенную дату, и довольно часто (как случилось, напри-

мер, с фрау Сесилией М.) по имеющимся заметкам, относящимся к тому времени, можно доказать, что дата была определена верно. В других случаях и с другими пациентами сама согласованность воскрешенных в памяти фактов указывала на то, что дата была определена с безукоризненной точностью. Например, определив дату благодаря «перечислению», пациентка GW 170
замечала: «Да ведь это день рождения моего отца», и добавляла: «Да, точно, ведь как раз в день рождения отца я и ожидала событие (о котором мы говорили)».

Здесь я могу лишь коснуться этой темы. Вывод, который я из всего этого сделал, заключался в том, что важные в патогенном отношении события вкупе со всеми второстепенными обстоятельствами надежно сохраняются в памяти даже тогда, когда кажутся позабытыми, когда пациент не может их припомнить*.

* Для того чтобы проиллюстрировать вышеописанные приемы исследования в состоянии не сомнамбулическом, когда пределы сознания не раздвигаются, я расскажу об одном случае, анализ которого я провел буквально на днях. Я занимаюсь лечением одной дамы тридцати восьми лет, которая страдает неврозом тревоги (агорафобией, приступами танатофобии и т. п.). Подобно многим пациентам, не соглашаясь с тем, что этот недуг мог появиться у нее в годы супружеской жизни, она полагает, что он возник раньше, в юношескую пору. Она рассказывает мне, что в семнадцать лет на улице родного городка у нее впервые случился приступ головокружения, сопровождаемый страхом и чувством слабости, и приступы эти время от времени повторялись, пока пару лет назад их не сменил нынешний недуг. Я предполагаю, что начальные приступы головокружения, которые со временем вызывали все меньше страха, были истерическими, и решаю приступить к их анализу. Поначалу она припоминает лишь о том, что первый приступ случился у нее, когда она отправилась на главную улицу, чтобы сделать покупки в лавках.

— Что же вам нужно было купить?

— Скорее всего, всякую всячину для бала, на который меня пригласили.

— Когда должен был состояться бал?

— Кажется, через два дня.

— Значит, за пару дней до этого случилось нечто такое, что вас взволновало, что произвело на вас впечатление.

— Но я ничего не помню, минул уже двадцать один год.

— Это не важно, вы все равно вспомните. Я надавлю вам на голову и когда отпущу, вы о чем-то подумаете или что-то представите; потом вы об этом расскажите...

GW 171 После этого пространного, но необходимого отступления SE 113 вернемся к истории мисс Люси Р. Итак, она не погрузилась в сомнамбулический транс, когда я попытался применить к ней гипноз, а лишь тихо лежала, слегка поддавашись моему воздействию, не размыкая веки, с неподвижным лицом, не шевелясь. Я спросил ее, помнит ли она, когда впервые ощутила запах SE 114 подгоревшего пирога.

— О да, это я знаю точно. Около двух месяцев назад, за два GW 172 дня до моего дня рождения. Я была с детьми в классной и играла с ними (с двумя девочками) в пекаря, тут принесли письмо, которое только что доставил почтальон. По штемпелю и по-

— Ну, вам ничего не пришло на ум?

— У меня появилась одна мысль, но она не может иметь к этому никакого отношения.

— Просто скажите.

— Я подумала об одной своей подруге, девушке, которая умерла; но она умерла, когда мне было восемнадцать лет, то есть годом позже.

— Посмотрим, давайте поговорим об этом. Что случилось с вашей подругой?

— Ее смерть меня сильно потрясла, потому что мы были близкими подругами. За неделю до того умерла другая девушка, ее смерть прогремела на весь город; постойте, выходит, что мне тогда все-таки было семнадцать.

— Вот видите, я же вам сказал, что можно доверять тому, что приходит на ум, когда я надавливаю рукой. А теперь постарайтесь припомнить, какая мысль посетила вас в тот момент, когда у вас случился приступ на улице?

— Никаких мыслей не было, просто закружилась голова.

— Это невозможно, такое состояние не возникает без сопутствующей мысли. Я снова надавлю рукой, и вы вспомните, о чем тогда подумали. Итак, что пришло вам на ум?

— Я подумала: теперь я третья.

— Что это значит?

— При головокружении я, должно быть, подумала, что сейчас и я умру, как две другие девушки.

— Стало быть, вы об этом подумали; во время приступа вы вспомнили о по-друге. Значит, ее смерть произвела на вас сильное впечатление.

— Конечно. Помню, когда я услышала о ее смерти, мне стало не по себе от того, что она умерла, а я вот иду на бал. Но я с таким нетерпением ждала этого бала и так хотела, чтобы меня пригласили; мне совсем не хотелось думать об этом печальном событии. (Здесь можно заметить намеренное вытеснение из сознания, которое придает воспоминанию о подруге патогенный характер.)

черку я догадалась, что письмо пришло от моей матери из Глазго, хотела его вскрыть и прочесть. Но тут на меня накинулись дети, выхватили у меня письмо из рук и закричали: нет, сейчас тебе читать его нельзя, его наверняка прислали тебе на день рождения, до тех пор оно побудет у нас. Пока дети со мной играли, неожиданно пошел сильный запах. Дети позабыли о пироге, который они пекли, и он подгорел. С тех пор меня преследует этот запах, я чувствую его повсюду, особенно когда волнуюсь.

— Вы хорошо помните эту сцену?

— Все в точности, как было.

О припадке удалось кое-что выяснить, однако мне нужно было знать, какая случайность спровоцировала воспоминание именно в тот момент, и я высказал на удачу предположение, которое оказалось верным.

— Вы хорошо помните, по какой улице тогда проходили?

— Конечно. По главной улице со старыми домами, я их помню.

— Так, а где жила ваша подруга?

— На этой улице, я как раз прошла мимо ее дома, и через два дома со мной случился припадок.

— Стало быть, пока вы шли, этот дом напомнил вам об умершей подруге, и вас опять поразил контраст, о котором вы тогда не хотели думать.

Я не удовольствовался достигнутым. Возможно, еще что-то пробудило и усилило у доселе нормальной девушки предрасположенность к истерии. Мне показалось, что это могло произойти из-за менструальных недомоганий, и я спрашиваю: «Вы помните, когда в том месяце у вас были регулы?». Она раздосадована: «Это я тоже должна помнить? Помню только, что в ту пору они бывали редко и крайне нерегулярно. В семнадцать лет они были у меня только один раз».

— Значит, мы высчитаем, когда это случилось.

В ходе расчетов она уверенно указывает на определенный месяц и не может точно назвать один из двух дней в канун непереходящего праздника.

— Это как-то согласуется с датой проведения бала?

Она робко отвечает: «Бал состоялся в тот праздничный день. Сейчас я вспомнила, мне показалось, что единственные регулы в тот год должны были случиться как раз перед балом. Это был мой первый бал».

Теперь нетрудно восстановить связь событий и разглядеть изнутри механизм этого приступа истерии. Разумеется, это далось с трудом, мне понадобилась абсолютная уверенность в своих приемах и единственная путеводная догадка для того, чтобы недоверчивая, бодрствующая пациентка могла припомнить в таких подробностях забытое происшествие более чем двадцатилетней давности. Но в результате все совпало. — *Прим. автора.*

— Что же могло вас так взволновать?

— Меня тронуло то, что дети отнеслись ко мне столь сердечно.

SE 115 — Такими они были не всегда?

— Всегда, но особенно в тот момент, когда я получила письмо от матери.

— Я не понимаю, каким образом сердечность детей и письмо от матери могли составить контраст, на который вы, кажется, намекаете.

— Я собиралась отправиться к матери, и тут у меня сердце сжалось оттого, что придется покинуть таких милых детей.

— Что с вашей матерью? Она живет в одиночестве и позвала вас к себе? Или она была больна, и вы ждали от нее вестей?

— Нет, ей нездоровится, но всерьез она не больна и живет с компаньонкой.

— Зачем же вам нужно было покидать детей?

— Я не могла больше находиться в этом доме. Экономка, кухарка и француженка, по-видимому, решили, что я слишком зазналась, и сговорились устроить против меня интрижку, наговорили дедушке директорских детей обо мне Бог весть что, а оба господина не оказали мне поддержку, на которую я рас-
GW 173 считывала, когда им пожаловалась. После этого я попросила расчет у господина директора (отца детей), он ответил очень дружелюбно, предложил мне все же поразмыслить над этим еще недели две и лишь потом сообщить ему мое окончательное решение. Тогда я еще колебалась; я думала уехать. Но после этого решила остаться.

— Вас что-то связывало с детьми помимо их сердечного к вам отношения?

— Да, когда их мать, дальняя родственница моей матери, находилась при смерти, я пообещала ей, что их не покину и стану для них матерью. Я нарушила это обещание, когда объявила об увольнении.

Видимо, на этом анализ субъективного обонятельного ощущения был завершен; некогда оно действительно было объективным и психологически ассоциировалось с определенным переживанием, со сценкой, при которой произошло столкновение взаимоисключающих аффектов: сожаления при мыс-

ли о расставании с детьми и обиды, которая все же подталкивала ее к такому решению. Письмо от матери закономерным образом напомнило ей о том, чем было мотивировано это решение, поскольку она собиралась уехать к матери. Оставалось выяснить, почему из всего спектра чувственных ощущений, возникших во время этой сцены, она выбрала в качестве сим- SE 116
вола именно запах. Впрочем, я уже был готов объяснить это хроническим заболеванием носа. В ответ на мой прямой вопрос она сказала, что как раз в ту пору у нее в который раз был такой сильный насморк, что она едва различала запахи. Однако запах подгоревшего пирога она все же почувствовала из-за волнения, уловить этот запах ей не помешала аносмия[7] органического характера.

Я не мог довольствоваться этим объяснением. Все это зву- GW 174
чало вполне убедительно, но чего-то не доставало, не было подходящей причины, по которой неоднократное возбуждение и столкновение аффектов непременно должны были привести именно к истерии. Почему все это не осталось в пределах нормальной психической жизни? Иными словами, на каких основаниях в данном случае произошла конверсия? Почему вместо воспоминаний о самой этой сцене ее преследовало связанное с ней ощущение, которое она выбрала в качестве символа этого воспоминания? Подобные вопросы могли бы показаться надуманными и излишними, если бы речь шла о закоренелой истеричке, для которой такой механизм конверсии был бы привычным. Однако у этой девушки истерия возникла только из-за описанной травмы или, по меньшей мере, из-за тех маленьких неприятностей.

В ходе анализа подобных случаев мне стало известно, что при появлении истерии должно соблюдаться одно условие психического характера, а именно должна быть исключена возможность ассоциативной переработки намеренно вытесняемого из сознания представления.

Это намеренное вытеснение я и считаю основанием для конверсии суммарного возбуждения, будь оно полным или частичным. Суммарное возбуждение, которому закрыт доступ к психическим ассоциациям, скорее находит неверный путь, ведущий

к соматической иннервации. Основанием для самого вытеснения может быть только ощущение неудовольствия, несовместимость вытесняемой мысли с совокупностью представлений, господствующих в Я.

Итак, на основании того, что в означенный момент у мисс Люси Р. произошла истерическая конверсия, я пришел к выводу, что среди предпосылок этой травмы должна иметься одна
SE 117 такая, о которой она намеренно умалчивает и старается позабыть. Если сопоставить ее нежность к детям с ее щепетильным
GW 175 отношением к другим обитателям дома, то напрашивается одно-единственное объяснение. Мне хватило мужества поделиться с ней этими соображениями. Я сказал ей: «Я не думаю, что только в этом причина вашей любви к детям; скорее, мне кажется, что вы влюблены в вашего хозяина, директора, возможно, вы и сами не отдаете себе отчет в том, что питаете надежду на самом деле занять место их матери, именно поэтому вы стали столь щепетильно относиться к слугам, с которыми долгие годы мирно уживались. Вы опасаетесь, как бы они чего-нибудь не заметили и не подняли бы вас на смех».

Ответила она со свойственной ей лаконичностью: «Да, думаю, что это так».

— Но если вы знали, что влюблены в директора, почему вы мне об этом не сказали?

— Я же об этом не знала или, лучше сказать, знать об этом не хотела, старалась выкинуть это из головы, больше об этом не думать, и, кажется, в последнее время мне это удалось*.

* Я бы никогда не смог иначе и лучше описать своеобразное состояние, при котором человек разом что-то знает и не знает. Очевидно, понять это можно только оказавшись в таком состоянии. Я помню один совершенно поразительный случай такого рода, который до сих пор стоит у меня перед глазами. Когда я стараюсь припомнить, что со мной тогда происходило, трофеи мои довольно скромны. В тот момент я увидел нечто совершенно неожиданное и старался, чтобы увиденное не помешало мне исполнить свое намерение, хотя это впечатление должно было исключить само намерение. Я не замечал это противоречие, равно как и чувство неприятия, которое, несомненно, было повинно в том, что это впечатление не приобрело никакого психического значения. Меня зрячего постигла та слепота, которая так восхищает в отношениях матерей к своим дочерям, мужей к своим женам, властителей к своим фаворитам. — *Прим. автора.*

– Почему вы не захотели сознаться в своей симпатии? Вы стыдитесь того, что влюблены в мужчину?

– О нет, я не настолько щепетильна, ведь мы не властны над чувствами. Неприятно мне было лишь оттого, что он мой хозяин, у которого я в услужении, в доме которого я живу, с которым я не ощущаю себя полностью независимой, как с другими. А еще потому что я бедная девушка, а он богатый муж- GW 176
чина из аристократической семьи; меня бы подняли на смех, если бы об этом прознали.

Теперь она безо всякого сопротивления объясняет, как у нее SE 118
возникла эта симпатия. По ее словам, в первые годы она мирно жила в доме и выполняла свои обязанности без задних мыслей и несбыточных мечтаний. Но однажды серьезный и вечно занятой хозяин, который обычно бывал с ней сдержан, завел с ней разговор о правильном воспитании детей. Против своего обыкновения, он был мягким и сердечным, сказал ей, что целиком полагается на ее способность позаботиться о его осиротелых детях, и тут как-то особенно на нее посмотрел... В это мгновение она его полюбила и стала тешить себя отрадной надеждой, которая появилась у нее после этой беседы. Убедившись со временем в том, что за этим ничего не последует и вторая доверительная беседа, вопреки ее ожиданиям и упованиям, не состоится, она решила выкинуть все это из головы. Она верно замечает, что тот его взгляд в контексте беседы, скорее всего, был обращен к умершей жене, и прекрасно понимает, что чувства ее безнадежны.

После этого разговора я ожидал, что ее состояние в корне изменится, однако оно осталось неизменным. Она по-прежнему ощущала подавленность и пребывала в дурном настроении; благодаря гидропатической терапии, которую она, по моему совету, проходила в то же время, по утрам она стала чувствовать себя бодрее, запах подгоревшего пирога не пропал вовсе, но появлялся уже реже и ослабел; по ее словам, он возникал лишь в те моменты, когда она была сильно взволнована.

Сам факт сохранения этого мнемонического символа навел меня на мысль, что, наряду с ключевой сценой, он олицетворя-

ет собой множество побочных травм, и я стал расспрашивать ее о том, что же еще могло иметь отношение к той сцене, при которой возник запах подгоревшего пирога, мы поговорили о
GW 177 домашних дрязгах, поведении деда и т. д. При этом она все слабее ощущала запах гари. Как раз в эту пору пришлось надолго прервать лечение из-за очередного обострения заболевания носа, вследствие которого у нее был обнаружен кариес решетчатой кости.

Вернувшись после перерыва, она рассказала о том, что на рождество она получила столько подарков от обоих господ и даже от прислуги, словно все старались с ней помириться и
SE 119 изгладить из ее памяти конфликты, которые произошли за последние месяцы. Впрочем, этот дружелюбный жест не произвел на нее никакого впечатления.

Когда я еще раз спросил ее о запахе подгоревшего пирога, она ответила, что его почти не ощущает, но теперь ее изводит похожий на него запах сигарного дыма. Она ощущала его и прежде, но запах подгоревшего пирога его перебивал. Теперь он выступил на передний план.

Я не был особенно доволен результатами терапии. Происходило именно то, что все время ставят в вину исключительно симптоматической терапии, — устранение одного симптома привело лишь к тому, что освободившееся место занял другой симп-том. Все же я с готовностью взялся устранить этот новый мнемонический символ аналитическим способом.

Однако на сей раз она не знала, откуда взялось у нее это субъективное обонятельное ощущение и при каком знаменательном стечении обстоятельств оно было объективным. «У нас все время курят, — сказала она, — я действительно не знаю, с каким особым случаем может быть связан этот запах». Я принялся настаивать на том, чтобы она попыталась об этом вспомнить, когда я положу ей руку на лоб. Я уже упоминал о том, что воспоминания ее отличались яркостью и живостью, она была «визионеркой». Стоило мне надавить рукой ей на лоб, как у нее в памяти действительно всплыла картина, поначалу смутная и отрывочная. Она увидела столовую в доме директора, где

она вместе с детьми ожидает хозяев, которые должны прийти с фабрики к обеду. GW 178

— Вот мы уже все сидим за столом: хозяева, француженка, экономка, дети и я. Но тут все как обычно.

— Смотрите, смотрите на эту картину, она меняется, появляется что-то необычное.

— Да, там гость, главный бухгалтер, старый господин, который любит детей, как собственных внуков, но он так часто обедает в доме, что и в этом нет ничего необычного.

— Потерпите, взгляните на картину, сейчас наверняка произойдет что-то необычное.

— Ничего не происходит. Мы встаем из-за стола, детям пора прощаться и подниматься вместе с нами на третий этаж, как всегда.

— Что теперь?

— Да, это особый случай, теперь я узнаю этот эпизод. Когда дети начинают прощаться, главный бухгалтер собирается их поцеловать. Хозяин вскакивает и почти кричит ему: «Не нуж- SE 120
но целовать детей». Меня от этого кольнуло в сердце, а поскольку хозяева уже курили, мне и запомнился запах сигарного дыма.

Значит, это был второй эпизод, хранившийся глубже в недрах памяти, оказавший травматическое воздействие и оставивший после себя мнемонический символ. Почему же этот эпизод оказал такое воздействие? Я спросил: «Что произошло раньше — этот или другой случай с подгоревшим пирогом?»

— Последний случай произошел раньше, почти на два месяца.

— Почему же вас кольнуло в сердце, когда вы услышали предостережение директора? Упрекали ведь не вас?

— Просто несправедливо было так кричать на старого господина, дорогого друга и к тому же гостя. Ведь это можно было сказать и спокойно.

— Выходит, вас задело резкое обращение хозяина? Может быть, вам стало за него стыдно или вы подумали: если он способен из-за подобной мелочи так резко обойтись со старым дру-

гом и гостем, то как он обращался бы со мной, будь я его женой?

— Нет, не подумала.

— Но его резкость вас все же задела?

— Да, ему не нравится, когда кто-то целует детей.

GW 179 И тут, пока я надавливаю рукой ей на лоб, она припоминает еще один, более ранний эпизод, который был по-настоящему травматическим и наделил силой травматического воздействия и эпизод с главным бухгалтером.

За несколько месяцев до того к ним в гости заглянула одна знакомая дама, которая на прощание поцеловала обоих детей в губы. Отцу, стоявшему там же, хватило выдержки, чтобы ничего не сказать этой даме, но после того как она ушла, он излил всю свою ярость на несчастную воспитательницу. Он заявил, что возлагает на нее всю ответственность за содеянное, ибо долг ее состоит в том, чтобы пресекать попытки поцеловать детей, и допуская подобное, она забывает о своем долге. Если это повторится, он доверит воспитание детей кому-нибудь другому. Случилось это в ту пору, когда ей еще казалось, что он ее любит, и она ждала повторения того первого задушевного разговора. Из-за этого случая надежды ее рухнули. Она подумала: если из-за столь ничтожного происшествия, в котором я к тому же не виновата, он позволяет себе так обращаться со мной, значит, он никогда не питал ко мне теплых чувств. Иначе он был бы
SE 121 деликатным. По всей видимости, она вспомнила именно об этом неприятном эпизоде, когда главный бухгалтер собрался поцеловать детей и получил выговор от их отца.

Когда мисс Люси Р. посетила меня спустя два дня после вышеописанного анализа, я не смог удержаться от вопроса о том, какое радостное событие с ней приключилось.

Ее словно подменили, она улыбалась и высоко держала голову. На мгновение мне показалось, что я неверно судил о происходящем и гувернантка детей все же стала невестой директора. Но она парировала мое предположение: «Вовсе ничего не произошло. Вы меня совсем не знаете, вы видели меня лишь больной и удрученной. Обычно я всегда такая веселая.

Когда я вчера проснулась поутру, у меня словно гора с плеч GW 180
упала, и теперь мне хорошо».

— И каковы у вас виды на будущее в этом доме?

— Мне все ясно, я знаю, что надеяться мне не на что, но печалиться из-за этого я не буду.

— А с прислугой вы поладите?

— Я думаю, тут всему виною была моя обидчивость.

— А директора вы по-прежнему любите?

— Конечно, люблю, ну и что с того. Ведь думать и чувствовать можно, что угодно.

Я обследовал ее нос и обнаружил, что болевая чувствительность и рефлексы восстановились у нее почти полностью, запахи она тоже различала, хотя неуверенно и только тогда, когда они становились сильнее. Впрочем, вопрос о степени причастности заболевания носа к этой аносмии приходится оставить открытым.

В целом лечение растянулось на девять недель. Спустя четыре месяца я случайно повстречал пациентку в одном из наших дачных мест. Она была весела и подтвердила, что чувствует себя по-прежнему хорошо.

ЭПИКРИЗ

Я не расположен недооценивать вышеописанный случай заболевания, хотя речь идет о незначительной и легкой истерии, сопровождаемой немногочисленными симптомами. Скорее, мне кажется поучительным то, что даже для такого скудного в невротическом отношении заболевания требуется так
много психических предпосылок, и при проведении обстоятель- SE 122
ного разбора этой истории болезни мне хотелось бы представить ее как образчик определенного типа истерии, а именно той формы истерии, которую может приобрести без подходящих для этого переживаний даже человек, не отягченный дурной наследственностью. Спешу отметить, что не имею в виду истерию, не зависящую от какой-либо предрасположенности;

такой истерии, возможно, вообще не бывает, однако о предрасположенности такого рода мы заводим речь лишь после того, как человек стал истериком, ведь прежде она никак себя не
GW 181 выказывала. Предрасположенность к невропатии в привычном понимании представляет собой нечто иное; еще до появления самого заболевания она обусловлена величиной неблагоприятных наследственных факторов или суммой индивидуальных психических аномалий. Насколько мне известно, в случае мисс Люси Р. ничто не свидетельствовало о наличии двух этих факторов. Таким образом, ее истерию можно назвать благоприобретенной, и предполагает она лишь наличие, скорее всего, широко распространенной предрасположенности к приобретению истерии, чьи свойства мы пока только начинаем изучать. Впрочем, в подобных случаях первостепенное значение имеет характер травмы, разумеется, в совокупности с реакцией человека на эту травму. По всей видимости, непременным условием приобретения истерии является несоответствие, возникающее между Я и подступающим к нему представлением. В другом месте я надеюсь показать, как разнообразные невротические расстройства появляются в результате различных маневров, которые предпринимает Я для того, чтобы избавиться от такого несоответствия. Истерический способ защиты — для которого как раз и требуется особая склонность — заключается в конверсии возбуждения в соматическую иннервацию, а извлекаемая из этого польза состоит в том, что несовместимое представление вытесняется из сознания Я. Вместо этого в сознании Я остается возникшая из-за конверсии соматическая реминисценция — в нашем случае субъективное обонятельное ощущение — и мучительный для него аффект, который более
SE 123 или менее явственно связан как раз с этой реминисценцией. Единожды созданное, это положение впредь не меняется, поскольку путем вытеснения и конверсии устранено противоречие, которое могло бы подтолкнуть к тому, чтобы избыть аффект. Таким образом, механизм формирования истерии, с одной стороны, соответствует акту нравственной трусости, а с другой стороны являет собой некое защитное устройство, находя-

щееся в распоряжении Я. Во многих случаях защиту от прироста возбуждения посредством формирования истерии приходится признать наиболее целесообразной; разумеется, куда чаще приходишь к выводу, что индивиду было бы выгоднее иметь побольше нравственной смелости. GW 182

Таким образом, собственно травматическим является тот момент, когда Я навязывается противоречие и Я решает изгнать противоречащее ему представление. При изгнании последнее не уничтожается, а попросту вытесняется в бессознательное; если этот процесс происходит впервые, то в результате возникает ядро и центр кристаллизации отделенных от Я психических групп, вокруг которого в дальнейшем концентрируется все то, что можно было бы принять лишь ценой примирения с противоречащим представлением. Таким образом, расщепление сознания в случае благоприобретенной истерии является желанным, намеренным, зачастую его, по меньшей мере, предваряет произвольный акт. Однако в результате происходит не совсем то, на что рассчитывал индивид; ему хотелось, чтобы представление исчезло, словно его никогда и не было, а добивается он лишь его психической изоляции.

В истории нашей пациентки травматическим моментом является та сцена, которую устроил ей директор из-за того, что поцеловали детей. Впрочем, до поры до времени эта сцена не имела видимых последствий, возможно, именно с тех пор пациентка стала угрюмой и обидчивой — мне об этом ничего не известно; истерические симптомы возникли лишь позднее, в те моменты, которые можно назвать «вспомогательными» и характерная особенность которых заключалась в том, что в этих обстоятельствах на какое-то время сливались воедино две обособленные психические группы, как при сомнамбулизме, когда пределы сознания раздвигаются. В случае мисс Люси Р. первым таким моментом, когда произошла конверсия, явилась SE 124 сцена, которая разыгралась за столом, как только главный бухгалтер захотел поцеловать детей. Этому вторило травматическое воспоминание, и она повела себя так, словно не избавилась полностью от всего того, что было связано с ее симпатией

GW 183 к хозяину. В иных историях болезни такие разные моменты совпадают, конверсия происходит непосредственно под воздействием травмы.

Второй вспомогательный момент почти полностью копирует механизм первого. Под влиянием сильного впечатления временно воссоздается былая общность сознания, и конверсия следует тем путем, который открылся перед ней в первый раз. Любопытно то обстоятельство, что второй симптом покрывает первый, поэтому первый не ощущается отчетливо до тех пор, пока не устранен второй. Примечательной представляется мне также обратная последовательность их проявления, в соответствии с которой должен выстраиваться и анализ. В целом ряде случаев мне приходилось сталкиваться с тем, что симптомы, возникшие позднее, покрывали первоначальные симптомы, между тем как именно последние, выявленные, благодаря анализу, содержали ключ ко всему шифру.

В данном случае терапия заключалась в принудительном объединении отколовшейся психической группы с сознанием Я. Результаты терапии странным образом не соответствовали объему проделанной работы; лишь после того как было покончено с последним фрагментом, неожиданно произошло исцеление.

ЗИГМУНД ФРЕЙД

КАТАРИНА

КАТАРИНА

Во время вакации в 189* году я отправился в Высокий Тауэрн[1], дабы отвлечься ненадолго от медицины и особенно от неврозов. Это мне почти удалось, когда однажды я свернул с центральной улицы, чтобы взобраться на лежавшую неподалеку гору, славившуюся открывавшимся с нее видом и хорошо сохранившимся горным приютом. Взобравшись наверх после утомительного путешествия, подкрепившись и отдохнув, я сидел, погруженный в созерцание восхитительной панорамы, и настолько забылся, что поначалу не понял, что обращаются ко мне, когда услыхал вопрос: «Сударь, вы доктор?». Вопрос, однако, был обращен ко мне, и задала его та самая девушка лет восемнадцати, которая обслуживала меня за обедом с довольно угрюмым выражением лица и которую трактирщица называла Катариной[2]. Судя по ее платью и манерам, она не могла быть служанкой, а скорее приходилась трактирщице дочерью или родственницей. GW 184 SE 125

Стряхнув оцепенение, я ответил: «Да, я врач. Откуда вам это известно?»

— Вы оставили запись в книге для постояльцев, вот я и подумала: может быть, господин доктор сможет уделить чуточку времени, — дело в том, что я больна нервами и уже была раз у одного доктора в Л., он мне даже кое-что прописал, но лучше мне пока что не стало. GW 185

Похоже, неврозы настигли меня и здесь, ибо едва ли у этой рослой и крепкой девушки с угрюмым выражением лица могло быть что-то иное. Мне стало любопытно, насколько привольно чувствуют себя неврозы на высоте более 2000 метров, и я продолжил расспросы.

Нашу дальнейшую беседу я описываю в том виде, в каком она запечатлелась в моей памяти, сохраняя при этом особенности речи пациентки.

— На что же вы жалуетесь?

— У меня случается удушье, не всегда, но иной раз схватывает так, что, кажется, сейчас задохнешься.

SE 126 Поначалу мне показалось, что это не имеет отношения к нервам, впрочем, вместе с тем я допускал, что она могла по-своему именовать приступ страха. Из всего комплекса ощущений страха она ошибочно выделяла лишь одно — стеснение дыхания.

— Присаживайтесь. Опишите мне, каково оно, это состояние удушья.

— Оно находит на меня внезапно. И тогда что-то начинает давить мне на глаза, голова так тяжелеет и шумит, что не вынести, и все так кружится, что, кажется, упадешь, а потом грудь стискивает так, что не вдохнуть.

— А в горле вы ничего не ощущаете?

— Горло у меня сжимается, того и гляди задохнешься.

— А в голове что-нибудь происходит?

— Да, молоточки стучат, словно сейчас треснет.

— Понятно, а при этом вы ничего не боитесь?

— Мне всегда кажется, что сейчас я умру, а вообще-то я не робкого десятка, я повсюду одна хожу, в погреб и вниз по всей
GW 186 горе, но как со мной случается такое, мне в тот день повсюду становится страшно, все чудится, будто кто-то у меня за спиной стоит и вот-вот меня схватит.

Это и впрямь был приступ страха с выраженными признаками истерической ауры[3] или, лучше сказать, истерический приступ, содержанием которого был страх. Не было ли в нем какого-нибудь иного содержания?

— Вы все время думаете об одном и том же или, может быть, что-то видите перед собой, когда у вас случается приступ?

— Да, при этом я всегда вижу какое-то страшное лицо, которое так ужасно глядит на меня, что мне становится боязно.

Возможно, отсюда открывался путь, ведущий прямиком к сущности дела.

— Вы узнаете это лицо, я хочу сказать, — вы когда-нибудь видели это лицо наяву?

— Нет.

— Вам известно, почему у вас случаются приступы?

— Нет.

— Когда это произошло впервые?

— Впервые — два года назад, когда я еще жила с теткой на другой горе, у нее там раньше был свой горный приют, и вот мы уже полтора года здесь, а это все не проходит. SE 127

Решиться на анализ прямо здесь? Перенести на эти высоты гипноз я не отваживался, но, возможно, будет достаточно и простого разговора. Оставалось лишь положиться на удачу. Ведь мне столь часто приходилось констатировать, что страх у юных девушек возникает вследствие ужаса, который охватывает девственницу при первом знакомстве с миром сексуальности*.

Порызмыслив, я сказал: «Если вы сами не знаете, я скажу вам, отчего, по моему мнению, у вас возникли приступы. Однажды, тогда, два года назад вы увидели или услышали нечто такое, что вызвало у вас чувство неловкости, что вы предпочли бы не видеть». GW 187

Она ответила: «Ой, Боже мой, да я же тогда застала дядю с девушкой, Франциской, моей кузиной!»

— Что это за история с девушкой? Не расскажите ли мне об этом?

— Доктору можно ведь обо всем рассказывать. В общем, знаете, мой дядя, — он был женат на моей тетке, которую вы тут видали, и прежде владел с ней на пару гостиницей на ***когель, теперь они в разводе, а все из-за меня, потому что это я рассказала про него и Франциску.

* Приведу в пример случай, благодаря которому я впервые обнаружил эту причинно-следственную связь. Я занимался лечением одной молодой женщины, страдавшей комплексным неврозом, которая все никак не соглашалась с тем, что этот недуг появился у нее за время супружеской жизни. Она возражала, ссылаясь на то, что еще в девичестве у нее случались приступы страха, из-за которых она падала в обморок. Я продолжал настаивать на своем. Однажды, когда мы уже познакомились получше, она неожиданно сказала мне: «Теперь я хочу сообщить вам и о том, откуда у меня взялся страх в девичестве. Тогда я спала в комнате по соседству с опочивальней родителей, дверь была открыта, и на столе горел ночник. И вот тогда я пару раз видела, как отец забирается в постель к матери, и слышала звуки, которые меня очень взволновали. Потом у меня и начались приступы». — *Прим. автора.*

— Понятно. Как вы об этом узнали?

— Это было так. Два года назад поднялись в гору два господина и велели накрыть на стол. Тетки дома не было, Франциску, которая обычно готовила, было нигде не сыскать. Дядя тоже куда-то запропастился. Ищем мы их повсюду, а этот мальчишка, Алоиз, мой кузен и говорит: «Может, Франциска у отца».
SE 128 Тут мы оба засмеялись, но ничего дурного у нас и в мыслях не было. Подходим к комнате, в которой жил дядя, а она заперта. Вот это меня уже удивило. Алоиз и говорит: «В коридоре есть окно, через него можно заглянуть в комнату». Пошли мы в коридор. Сам Алоиз в окно смотреть не стал, сказал, что боится. Тут я ему и говорю: «Ты глупый мальчишка, тогда я загляну, мне ни капельки не страшно». У меня и в мыслях ничего дурного не было. Глянула я, в комнате было довольно темно, но я разглядела дядю и Франциску, и он лежал на ней.

— Что дальше?

— Я тут же отпрянула от окна, прижалась к стене, почувство-
GW 188 вала удушье, которое у меня с тех пор, — мысли мои спутались, на глаза навалилась тяжесть и в голове заколотило и зашумело.

— Вы рассказали тете обо всем в тот же день?

— О, нет, я ничего не сказала.

— Отчего же вы так испугались, когда увидели их вдвоем? Вы что-нибудь поняли? Вы как-то истолковали увиденное?

— О, нет, тогда я ничего не поняла, мне было всего лишь шестнадцать лет. Не знаю, отчего я так испугалась.

— Фрейлейн Катарина, если бы вы сейчас вспомнили, что вы почувствовали в тот момент, когда у вас случился первый припадок, о чем вы тогда думали, вам можно было бы помочь.

— Да, если бы я могла, но тогда я так испугалась, что все позабыла.

(В переводе на язык нашего «Предуведомления» эта фраза означает: аффект самопроизвольно вводит в гипноидное состояние, производные которого не имеют ассоциативной связи с сознанием Я.)

— Скажите, фрейлейн, может быть, лицо, которое является вам в момент удушья, — это лицо Франциски, увиденное тогда?

— О, нет, оно таким страшным не было, и к тому же это лицо мужчины.

— Тогда, может быть, дядино лицо?

— Его лицо я не разглядела, в комнате было слишком темно, да и зачем ему было корчить такую страшную рожу?

— Вы правы. (Казалось, на пути неожиданно возникли препятствия. Возможно, по ходу дальнейшего рассказа удастся что-нибудь выяснить.)

— Что же произошло потом? SE 129

— В общем, они, наверное, услыхали шорох. Вскоре они оттуда вышли. После мне было очень плохо, я все думала и думала об этом, а через два дня было воскресение, и я труди- GW 189
лась весь день, а поутру в понедельник меня снова стало мутить и вырвало, я не вставала с постели, и три дня подряд меня все рвало и рвало.

Мы нередко сравниваем истерическую симптоматологию с иероглифической надписью, которую пытаемся расшифровать, разгадав значение нескольких знаков. В этом алфавите рвота означала отвращение. И я ей сказал: «Если в течение трех последующих дней вас рвало, то полагаю, что тогда, заглянув в комнату, вы почувствовали отвращение».

— Да, отвращение у меня точно было, — промолвила она, поразмыслив. — Но отчего же?

— Возможно, вы увидели их наготу? В каком виде были оба в комнате?

— Было слишком темно, чтобы разглядеть, да и они были оба в одежде. Ума не приложу, откуда у меня взялось тогда отвращение.

Мне это было тоже неизвестно. Однако я попросил ее продолжить рассказ обо всем, что придет ей на ум, пребывая в твердой уверености, что ей придет на ум именно то, что необходимо мне для объяснения этого случая.

Она рассказывает, что в конце концов сообщила об увиденном тете, заметившей в ней перемены и подозревавшей, что за ними скрывается какая-то тайна, а затем разыгрались крайне неприятные сцены между дядей и тетей, и дети стали не-

вольными свидетелями таких разговоров, которые на многое открыли им глаза и которые им лучше было бы не слышать, после чего тетя решила приобрести местный трактир и перебраться туда вместе с детьми и племянницей, оставив дядю наедине с забеременевшей к тому времени Франциской. Однако затем она, к моему удивлению, меняет тему разговора и излагает поочередно несколько историй, в которых воскрешаются события, произошедшие за два-три года до травматиче-
GW 190 ского эпизода. Сперва она рассказывает о том, как сама несколько раз подверглась сексуальным домогательствам со стороны дяди, когда ей едва исполнилось четырнадцать лет. Однажды зимой они вдвоем спустились в долину и остановились на ночлег в тамошнем трактире. Он остался пить и играть
SE 130 в карты в зале, ее клонило ко сну, и она рано удалилась в предназначенную для обоих комнату на этаже. Она еще не успела крепко заснуть к тому моменту, когда он вошел, затем снова заснула, но неожиданно проснулась от того, что «почуяла его тело» в постели. Она вскочила и принялась укорять его. «Что это вы задумали, дядя? Почему это вы не в своей постели?» Он попытался ее уломать: «Перестань, дуреха, угомонись, ты и сама не знаешь, как это хорошо».

— Мне ничего хорошего от вас не надо, вы мне спать не даете.

Она держалась поближе к двери, готовая выбежать в коридор, пока он не успокоился и сам не уснул. После этого она легла на свою кровать и проспала до утра. Судя по описанному ею способу защиты, она не вполне догадывалась, что его домогательства носили сексуальный характер; когда я спросил, понимала ли она, что именно он собирался с ней сделать, она ответила, что поняла это лишь гораздо позднее. Тогда она возмутилась, поскольку ей просто не понравилось, что ее потревожили посреди ночи, а еще «потому, что так делать нельзя».

Об этом случае следовало рассказать подробно, поскольку он имеет большое значение для понимания всего того, что последует далее. Затем она рассказывает о том, как немного позднее ей снова пришлось защищаться от его домогательств

в одном трактире, когда он напился до пьяна, и т. п. На мой вопрос о том, не ощущала ли она в эти моменты нечто наподобие нынешнего стеснения дыхания, она с уверенностью отвечает, что всякий раз ей давило на глаза и грудь, но куда слабее, чем в момент разоблачения любовников.

Изложив подобные воспоминания, она сразу принимается за рассказ о других памятных ей случаях, которые привлекли ее внимание к тому, что между дядей и Францискои что-то про- GW 191 исходит. Однажды, когда всей семье пришлось ночевать на сеновале прямо в одежде, ее неожиданно разбудил шорох; она заметила, что дядя, лежавший между нею и Францискои, перевернулся на другой бок и прильнул к Франциске. В другой раз им случилось переночевать в трактире деревни Н., она была с дядей в одной комнате, а Франциска спала в соседней комнате. Ночью она неожиданно проснулась и увидела высокую белую фигуру возле дверей, намеревавшуюся провернуть дверную ручку.

— Эй, дядя, это вы? Зачем вы стоите возле дверей?

— Тихо, мне просто нужно выйти.

— Тогда вам в другую дверь. SE 131

— Я немного запутался и т. д.

Я спрашиваю ее, не возникло ли у нее тогда какое-то подозрение.

— Нет, я тогда ничего не подумала, просто удивилась, но не более того.

Это ее тоже напугало? Кажется, напугало, но на сей раз она не совсем в этом уверена.

Закончив рассказ и об этих воспоминаниях, она умолкает. Ее словно подменили, угрюмое и страдальческое выражение лица приобрело живость, взгляд прояснился, она выговорилась и облегчила душу. Меня же тем временем осенило; то, что она рассказала напоследок, казалось бы, безо всякого плана, служит прекрасным объяснением того, почему она именно так повела себя, когда обнаружила любовников. Тогда в памяти у нее сохранялись все эти происшествия, хотя она ничего не понимала и не сделала из этого никаких выводов; при виде сово-

купляющейся пары она тотчас усмотрела связь между новым впечатлением и своими воспоминаниями, начала разом все понимать и отгонять эти мысли. Затем последовал краткий «инкубационный» период, после чего у нее возникли симптомы конверсии, суррогатом нравственного и душевного отвращения
GW 192 ния стала тошнота с рвотой. Загадка была разгадана: тошноту у нее вызвал не сам вид любовников, а воспоминание, которое возникло при взгляде на них, и, судя по всему, вспомнить она должна была о последних домогательствах в ту ночь, когда она «почуяла тело дяди».

Когда она закончила свою исповедь, я сказал ей: «Вот теперь я знаю, о чем вы подумали, когда заглянули в комнату. Вы подумали: сейчас он делает с ней то, что собирался проделать со мной той ночью и еще несколько раз. От этого вас затошнило, потому что вы вспомнили, как проснулись ночью и почуяли его тело».

Она ответила: «Может быть, затошнило меня от этого и подумала я об этом».

— Скажите-ка напрямик, коль вы теперь взрослая девушка и все знаете...

— Да, теперь конечно.

— Скажите мне напрямик, какую именно часть его тела вы почуяли той ночью?

SE 132 Однако она не дает мне внятного ответа, а лишь смеется от смущения, как тот, кого в чем-то уличили и кому приходится сознаться в том, что на поверхность вышла подноготная, о которой он уже не может говорить. Могу себе представить, что это было за прикосновение, объяснить которое она смогла лишь позднее; да и выражение ее лица убеждает меня в том, что я не ошибаюсь, но большего от нее никак не добиться; я и так должен быть ей благодарен за то, что с ней я могу говорить куда непринужденнее, чем с моими городскими пациентками, этими жеманными дамами, для которых все naturalia turpia*.

Казалось, все было ясно; но вот постоянно возникающая во время приступов галлюцинация, при которой она видит лицо,

* Naturalia turpia *(лат.)* — естество низменно.

нагоняющее на нее ужас, — откуда взялось это? Я спросил ее об этом. Она сразу ответила, словно и сама стала понимать больше, пока мы беседовали: «Да, теперь я помню, это лицо GW 193
дяди, теперь я его узнаю, но оно не такое, каким было тогда. Позднее, когда начались все эти ссоры, тогда дядя ужасно разозлился на меня; он все время говорил, будто я во всем виновата; дескать, если бы я не проболталась, то дело бы не дошло до развода; он все время грозился, что проучит меня; однажды увидал меня издали, лицо его искривилось от злобы, и он начал наступать на меня, подняв руку. Я всегда от него убегала и очень боялась, что он меня где-нибудь подстережет и схватит. Лицо, которое мне теперь постоянно является, это его лицо, каким оно было в тот момент, когда он злился».

Ее слова напоминают мне о том, что тошнота, которая была первым симптомом истерии, со временем исчезла, а вот приступы страха остались и наполнились новым содержанием. Стало быть, речь идет об истерии, в значительной степени отреагированной. Ведь она почти сразу рассказала тете о своем открытии.

— Вы рассказали тете и о том, как он вас домогался?

— Да, но не сразу, а позднее, когда уже речь шла о разводе. Тетя тогда сказала: об этом пока забудем, вот если он начнет препираться в суде, тогда мы и об этом скажем.

Насколько я понимаю, именно с той поры, когда в доме участились скандалы, когда ее состояние перестало волновать тетю, целиком поглощенную раздором, — с той богатой на SE 133
события и впечатления поры у нее и сохранился этот мнемонический символ.

Надеюсь, что откровенный разговор со мной принес какую-то пользу девушке, столь рано уязвленной в своих сексуальных чувствах; больше я ее не видел.

ЭПИКРИЗ

Мне нечем возразить тому, кто при чтении этой истории GW 194
болезни сочтет, что успех в данном случае был достигнут ско-

рее благодаря разгадке, чем путем анализа. Больная признала вероятность всего того, что я интерполировал в ее рассказ; тем не менее она не могла пережить это заново. Полагаю, что для этого понадобился бы гипноз. Если предположить, что моя догадка была верной, и попытаться свести этот случай заболевания к схеме благоприобретенной истерии, составленной на основе анализа в случае мисс Люси Р., то напрашивается сравнение первой и второй вереницы эротических переживаний, включающих в себя травматические моменты и сцены обнаружения любовников со вспомогательными моментами. Сходство заключается в том, что в первых случаях создавалось содержание сознания, обособленное от мыслительной деятельности Я, между тем как под впечатлением от последней сцены произо-шло ассоциативное соединение этих отстраненных психических групп с Я. Вместе с тем имеются и отличия, которыми невозможно пренебречь. В данном случае причиной изоляции является не воля Я, как было в случае мисс Люси Р., а неведение Я, не обладающего еще опытом половой жизни. В этом смысле случай заболевания Катарины является типичным; в ходе анализа любого случая истерии, в основе которой лежит сексуальная травма, обнаруживаются впечатления предсексуальной поры, никак не повлиявшие на ребенка, а затем, уже будучи воспоминаниями, обретшие силу травматического воздействия, когда девушка или женщина впервые узнала о том, что такое половая жизнь[4]. Отщепление психических групп является в некоторой
SE 134 степени нормальным процессом в ходе развития подростка, и вполне объяснимо то, что их последующее возвращение в Я довольно часто служит поводом для психического расстройства. Кроме того, тут мне хотелось бы выразить и сомнение в том,
GW 195 что расщепление сознания из-за неведения действительно отличается от сознательного неприятия, а подростки и впрямь не обладают знаниями о половой жизни гораздо чаще, чем полагаем мы, да и они сами.

Психический механизм этого заболевания отличается еще и тем, что сцена обнаружения любовников, которую мы назвали «вспомогательной», заслуживает и названия «травматической».

Она воздействует и сама по себе, а не просто воскрешает предшествующие травматические переживания, она разом обладает свойствами «вспомогательного» и травматического моментов. Однако, на мой взгляд, подобное совпадение не дает оснований для того, чтобы отказаться от мысли о наличии расхождения между этими понятиями, которому в иных случаях соответствует и расхождение во времени. Еще одной, давно уже, впрочем, известной особенностью заболевания Катарины является то, что конверсия, формирование истерических феноменов началось не сразу после травмы, а по прошествии инкубационного периода. Шарко предпочитал именовать этот промежуток времени «периодом психической выработки»[5].

Страх, изводивший Катарину во время приступов, является истерическим, то есть воспроизводит тот страх, который возникал у нее всякий раз при сексуальной травме. Здесь я не стану разъяснять сущность процесса, который, судя по многим моим клиническим наблюдениям, развивается непременно и заключается в том, что первые догадки о существовании сексуальных отношений вызывают у девственниц чувство страха*.

* *Примечание 1924 г.* Спустя столько лет я решаюсь раскрыть то, что сохранил тогда в тайне[6], и сообщаю, что Катарина была не племянницей, а дочерью трактирщицы, таким образом, девушка пострадала от сексуальных домогательств со стороны собственного отца. Искажений, подобных тому, к которому я прибег в данном случае, вообще не следовало бы допускать в истории болезни. Разумеется, его значение для понимания не столь ничтожно, как, скажем, перенос места действия с одной горы на другую. — *Прим. автора.*

ЗИГМУНД ФРЕЙД

ФРЕЙЛЕЙН ЭЛИЗАБЕТ ФОН Р.

ФРЕЙЛЕЙН ЭЛИЗАБЕТ ФОН Р.

Осенью 1892 года один мой друг и коллега предложил мне обследовать молодую даму[1], которая уже более двух лет страдала болями в ногах и с трудом передвигалась. Пригласив меня, он добавил, что сам считает это заболевание истерией, хотя обычные признаки невроза у больной не обнаруживаются. Он немного знаком с ее семьей, и, насколько ему известно, последние годы принесли этой семье больше бед, чем радости. Сначала умер отец пациентки, затем ее матери пришлось подвергнуться опасной глазной операции, а вскоре и ее замужняя сестра скончалась после родов от застарелого сердечного недуга. Печали и хлопоты в связи с уходом за больными родственниками выпали в основном на долю нашей пациентки. GW 196 SE 135

Мне не удалось намного пополнить свое представление об этом случае заболевания, когда я впервые увидел эту двадцатичетырехлетнюю девушку. Она выглядела смышленой и нормальной в психическом отношении, сносила недуг, который мешал ей ходить и наслаждаться жизнью, с улыбкой на лице, надо полагать, с характерной для истериков belle indifference*. При ходьбе она сгибалась в пояснице, но ни на что не опиралась, походка ее не соответствовала ни одному из известных отклонений от нормы, да и каких-либо явных ее нарушений не было. Сама она жаловалась на сильную боль при ходьбе, GW 197 очень быстро утомлялась, когда ходила или стояла, и нуждалась в передышке, во время которой боль притуплялась, но не пропадала вовсе. Природа этой боли оставалась неясной, судя по всему, то была болезненная усталость. По ее словам, очаг болевых ощущений локализовался на довольно обширном участке с нечеткими контурами на передней поверхности правого бедра, именно отсюда чаще всего распространялись боли и здесь достигали наибольшей силы. Кожа и мышцы в этом месте были также крайне чувствительны к пальпации и пощипы-

* Belle indifference *(франц.)* — показное равнодушие.

ванию, между тем как покалывания иглой воспринимались
SE 136 несколько безучастно. Подобная гипералгезия[2] кожи и мышц проявлялась не только в этом месте, но и на всей поверхности обеих ног. Мышцы были, скорее всего, даже более болезненными, чем кожа, а наибольшей болезненностью, несомненно, отличались кожа и мышцы на бедрах. Двигательную силу ног нельзя было назвать незначительной, рефлексы были средней силы, иные симптомы отсутствовали, так что никаких оснований для того, чтобы предполагать наличие опасного органического заболевания, не было.

Мне было нелегко поставить диагноз, но я решил согласиться с моим коллегой по двум причинам. Во-первых, бросалось в глаза то, что все фразы такой смышленой пациентки о характере боли звучали столь невнятно. Если пациент, страдающий от боли органического происхождения, не отличается вдобавок нервозностью, то боли свои он описывает точно и спокойно, говорит, например, что они колющие, появляются с определенными интервалами, распространяются от этого до того места и возникают, по его мнению, под влиянием тех или иных
GW 198 факторов. Неврастеник*, описывая свои болевые ощущения, производит впечатление человека, поглощенного тяжелым и непосильным для него умственным трудом.

Лицо его напрягается, черты искажаются, словно он находится во власти какого-то мучительного чувства, голос его становится резким, он мучительно подыскивает слова, отметая любые определения, которые предлагает ему врач для обозначения этих болей, даже если впоследствии выяснится, что они были самыми подходящими; ему явно кажется, что язык слишком беден, чтобы ссудить ему слова для описания этих ощущений, да и они сами являют собой нечто исключительное, доселе небывалое, совершенно не поддающееся описанию, и поэтому он без устали добавляет все новые подробности, а когда ему приходится прерваться, его наверняка охватывает ощущение того, что ему так и не удалось донести свою мысль до врача. Происходит это оттого, что его внимание целиком приковано к

* Ипохондрик, человек, страдающий неврозом тревоги. — *Прим. автора.*

собственным болевым ощущениям. Фрейлейн фон Р. вела себя совершенно иначе, и поскольку она все же придавала доста- SE 137 точно большое значение болям, из этого следовало, что внимание ее было поглощено чем-то другим, возможно, мыслями и ощущениями, связанными с болями.

Еще более важным для понимания сущности этих болей представлялось второе обстоятельство. Когда раздражают участок с болезненной чувствительностью у человека, страдающего заболеванием органической природы, или у неврастеника, то на его лице возникает выражение физического или душевного страдания, которое не спутаешь ни с чем; затем больной начинает дергаться, мешает продолжать обследование, сопротивляется. Но когда пальпировали и пощипывали болезненную кожу и мышцы на ногах фрейлейн фон Р., на лице ее появлялось странное выражение, словно она испытывала скорее наслаждение, чем боль, она вскрикивала — как мне показалось, точно от сладкой щекотки, — лицо ее краснело, она откидывала голову, закрывала глаза, корпус ее отгибался назад, все это не слишком бросалось в глаза, но проявлялось вполне отчетливо GW 199 и позволяло согласиться с мнением о том, что болезнь эта была истерией, а раздражению подверглась истерическая зона.

Выражение ее лица передавало скорее не ту боль, что должно было вызывать пощипывание мышц и кожи, а сущность мыслей, сокрытых за этой болью и возникавших у больной, благодаря раздражению тех участков тела, которые с ними ассоциировались. Я не раз наблюдал такое многозначительное выражение на лицах пациентов, которые, несомненно, страдали истерией, при раздражении зон с повышенной болезненной чувствительностью; в других жестах явно просматривался тончайший намек на истерический припадок.

Объяснить столь необычную локализацию истерогенных зон поначалу не удавалось. Наводило на размышление и то обстоятельство, что болезненной чувствительностью отличались преимущественно мышцы. Наиболее распространенным заболеванием, приводящим к обострению диффузной и локальной чувствительности мышц к пальпации, является ревматическая инфильтрация мышц, обыкновенный хронический мышечный

SE 138 ревматизм, о способности которого имитировать нервные заболевания я уже упоминал. Данные о степени плотности болезненных мускулов не противоречили этому предположению, в мышечной ткани обнаруживалось множество плотных спаек, которые отличались к тому же наиболее повышенной чувствительностью. Стало быть, в данном случае могло произойти органическое изменение мышечной ткани, к которому примкнул невроз и значение которого было преувеличено за счет невроза.

Исходя из предположения о смешанном характере заболевания, строилась и терапия. Мы порекомендовали по-прежнему систематически проводить массаж и фарадизацию чувствительных мышц, не обращая внимания на возникающую при этом боль, а я оставил за собой право на лечение ног с помощью искровых разрядов Франклина[3], дабы поддерживать связь с больной. На ее вопрос о том, следует ли ей почаще ходить, мы ответили утвердительно.

GW 200 Таким образом мы добились незначительного улучшения. По-видимому, она испытывала особое пристрастие к болезненным разрядам электростатического генератора, и чем сильнее они становились, тем дальше оттесняли собственные боли пациентки. Тем временем мой коллега подготавливал почву для психотерапии, и когда после четырех сеансов плацебо-лечения, проведенных в течение недели, я высказал такое предложение и рассказал пациентке о самом подходе и о том, каким образом он воздействует, она отпиралась совсем немного и быстро согласилась.

Впрочем, работа, к которой я приступил, оказалась самой сложной за всю мою практику, и трудности, сопряженные с рассказом об этой работе, могут встать вровень с теми, что приходилось преодолевать тогда. Долгое время мне не удавалось обнаружить даже связь между пережитой душевной болью и самой болезнью, хотя она наверняка была вызвана и обусловлена именно этими переживаниями.

Прежде чем приступить к катартическому лечению такого рода, задаешься вопросом: известно ли самой пациентке о происхождении и причинах ее недуга? Если ей это известно,

то, пожалуй, и не требуется никаких особых приемов для того, чтобы помочь ей воспроизвести историю появления болезни; достаточно выказать искреннее участие, проявить понимание и вселить в нее надежду на выздоровление, чтобы пациентка раскрыла свою тайну. В этом случае я с самого начала предполагал, что фрейлейн Элизабет фон Р. известно о причинах ее болезни, и, стало быть, в сознании ее скрывалась лишь тайна, SE 139
а не инородное тело. Выражение ее лица, по словам поэта[4], «ум плутовской в ней выдавало»*.

Итак, поначалу я мог отказаться от гипноза, разумеется, с тем условием, что воспользуюсь гипнозом позднее, если в ходе исповеди обнаружатся взаимосвязи, для уточнения которых будет недостаточно ее воспоминаний. Таким образом, GW 201
в процессе этого первого завершенного анализа истерии, предпринятого мною, я выработал подход, который впоследствии возвысил до уровня метода и применял с определенной целью, тот подход, рассчитанный на вычищение пластов патогенного психического материала, каковой мы часто и охотно сравнивали с приемами, используемыми при раскопках погребенного в земле города. Сначала я выслушивал рассказ больной о том, что ей было известно, внимательно отмечая те места, где какая-нибудь взаимосвязь оставалась загадочной, где, по всей видимости, отсутствовало одно звено в причинно-следственной цепочке, а затем проникал в более глубокие слои воспоминаний, разузнавая об этом при помощи гипноза или подобных ему приемов. В основе работы лежало, конечно, предположение о том, что детерминирование можно в полной мере выявить; о способах глубинного исследования речь пойдет чуть ниже.

Длинная история душевных страданий, поведанная фрейлейн Элизабет, была соткана из разнообразных мучительных переживаний. Во время рассказа она не находилась под гипнозом, хотя я велел ей лечь и закрыть глаза, но не помешал бы ей, если бы она на какое-то время открыла глаза, поменяла поло-

* Затем выяснится, что я все же ошибался. — *Прим. автора.*

жение, присела и т. п. Когда какой-нибудь эпизод рассказа особенно глубоко ее трогал, она, казалось, произвольно погружалась в состояние, подобное гипнотическому. При этом она лежала неподвижно с крепко закрытыми глазами.

Постараюсь воспроизвести то, что составляло самый верхний пласт ее воспоминаний. Будучи самой младшей из трех дочерей, она испытывала нежную привязанность к родителям и провела юность в имении в Венгрии. Матери часто нездоро-
SE 140 вилось из-за глазной болезни и нервозного состояния. Так что душою девочка льнула к своему веселому и знающему жизнь отцу, имевшему обыкновение говорить, что дочь заменяет ему
GW 202 сына и друга, с которым он мог бы обмениваться мыслями. Сколь бы ни были живительны для ума девушки эти отношения, отец все же замечал, что из-за этого ум ее приобрел черты, далекие от идеала, воплощение которого желают видеть в девушке. В шутку он называл ее «дерзкой и настырной», предостерегал ее от чрезмерной уверенности в правоте собственных суждений, от склонности безжалостно высказывать людям правду в лицо, и частенько говаривал, что ей будет тяжело найти себе мужа. В действительности, ей совсем не нравилось быть девушкой, она была преисполнена честолюбивых замыслов, собиралась учиться или заниматься музыкой, возмущалась при мысли о том, что из-за брака ей придется пожертвовать своими увлечениями и свободой суждений. Между тем она гордилась своим отцом, репутацией и общественным положением своей семьи и ревностно оберегала все, что было связано с этими благами. Впрочем, самоотверженность, с которой она в случае необходимости пренебрегала собой ради матери или старших сестер, вполне примиряла родителей с ее крутым нравом.

Когда девушка достигла определенного возраста, семья перебралась в столицу, где Элизабет какое-то время могла наслаждаться роскошной и беззаботной жизнью в лоне семьи. Но потом стряслась беда, которая разрушила семейное счастье. У отца было хроническое заболевание сердца, скрытое или просто не замеченное вовремя; однажды его привезли домой в

беспамятстве после первого приступа из-за отека легких. За больным ухаживали в течение полутора лет, и все это время Элизабет не отходила от его постели. Она спала в отцовской комнате, откликалась по ночам на его зов, заботилась о нем в течение дня и заставляла себя принимать бодрый вид, между тем как он со снисходительной покорностью сносил свое безнадежное положение. Скорее всего, именно в ту пору, когда она ухаживала за больным отцом, у нее и появился впервые этот недуг, поскольку она припоминала, что на исходе последних шести месяцев отцовской болезни ей пришлось провести GW 203 почти два дня в постели из-за подобных болей в правой ноге. Впрочем, она уверяла, что боли вскоре прошли и она нисколько не обеспокоилась и не обратила на них никакого внимания. По-настоящему больной она почувствовала себя лишь спустя два года после смерти отца, когда из-за боли утратила способ- SE 141 ность ходить.

Пустота, которая образовалась со смертью отца в жизни семьи, состоявшей теперь из четырех женщин, изоляция от общества, потеря многих связей, суливших развлечения и наслаждения, ухудшившееся здоровье матери — все это омрачало настроение нашей пациентки и одновременно заставляло ее страстно желать того, чтобы ее родным удалось отыскать какую-нибудь замену потерянному счастью; всю свою любовь и заботу она обратила на оставшуюся в живых мать.

Когда минул год траура, ее старшая сестра вышла замуж за способного и честолюбивого человека, занимающего высокий пост, которому, благодаря его богатому уму, казалось, уготовано было большое будущее, но который при ближайшем знакомстве проявил болезненную чувствительность, эгоистично требовал выполнения всех своих прихотей и, самое главное, осмелился в кругу семьи пренебрежительно отнестись к уважаемой пожилой женщине. Этого Элизабет вынести не смогла; она чувствовала себя обязанной вступать в перепалку с зятем всякий раз, когда он подавал к тому повод, между тем как остальные женщины легко терпели вспышки его взрывного темперамента. Она испытывала горькое разочарование из-за того,

что все это помешало восстановить семейное счастье, и не могла простить своей замужней сестре то, что она, оставаясь по-женски уступчивой, старалась ни во что не вмешиваться. В памяти Элизабет глубоко запечатлелось множество сцен вкупе с претензиями к своему первому зятю, которые тогда отчасти
GW 204 остались невысказанными. Но пуще всего она упрекала его в том, что он, ради обещанного повышения в чине, перебрался со своей семейкой в отдаленный австрийский город и, дескать, тем самым усугубил одиночество матери. Когда это случилось, Элизабет остро ощутила свою беспомощность, свою несостоятельность, свою неспособность возместить матери утраченное счастье, всю безнадежность того, что она намеревалась сделать после смерти отца.

Замужество второй сестры, казалось, сулило семье более счастливую будущность, ибо второй зять, хотя и уступал первому в уме, пришелся по душе женщинам, наделенным деликатными чувствами и с детства приученным строго соблюдать приличия, и, благодаря его манерам, Элизабет стала терпимо
SE 142 относиться к браку и смирилась с мыслью о связанных с ним жертвах. Эта молодая пара тоже осталась под боком у матери, и ребенок зятя и сестры стал любимцем Элизабет. На беду, год рождения ребенка был омрачен еще одним событием. Из-за глазной болезни матери потребовалось несколько раз в неделю с лечебной целью находиться в темноте, и Элизабет сидела вместе с ней. Затем сказали, что ей необходима операция; волнительное ожидание операции совпало с приготовлениями к переезду первого зятя. Наконец операция была проведена искусным хирургом, три семьи встретились на даче, и теперь, когда эту семью впервые после смерти отца перестали терзать страдания и опасения, Элизабет, утомленная заботами за последние месяцы, могла бы хорошенько отдохнуть.

Но как раз во время летнего отдыха у Элизабет внезапно появились боли, и ей стало трудно ходить. С тех пор как боли стали более ощутимыми, они впервые резко усилились после приема теплой ванны в купальне небольшого курорта. Затем посчитали, что боли появились из-за продолжительной пешей

прогулки, по существу, похода на полдня, устроенного накануне, и всему сразу нашлось простое объяснение: Элизабет сначала «переутомилась», а затем «простудилась». GW 205

С этих пор Элизабет была в семье на положении больной. Врач посоветовал ей провести остаток лета на водах в Гастейне[5], куда она отправилась с матерью, впрочем, и на этот раз не обошлось без волнений. Вторая сестра была опять беременна, и, судя по письмам, состояние ее здоровья было довольно неблагоприятным, поэтому Элизабет чуть было не передумала ехать в Гастейн. Не пробыв в Гастейне и двух недель, мать и дочь вынуждены были вернуться, узнав о том, что больная, которая теперь не вставала с постели, чувствует себя плохо.

Сначала была мучительная поездка, от которой боли и опасения Элизабет усилились, затем на вокзале по лицам встречающих можно было понять, что ожидать нужно самого худшего, а потом, войдя в комнату больной, они воочию убедились SE 143
в том, что опоздали и не застали ее в живых.

Едва ли не меньше, чем из-за утраты нежно любимой сестры, Элизабет страдала от мыслей, навеянных ее смертью, и перемен, которые она за собой повлекла. Сестра умерла от сердечной болезни, которая обострилась из-за беременности.

И тут у нее внезапно появилась мысль о том, что сердечное заболевание унаследовано от отца. Потом она вспомнила, что в девичестве покойная перенесла хорею, давшую легкое осложнение на сердце. Она укоряла себя и врачей за то, что они позволили сестре выйти замуж, даже несчастного вдовца она не могла избавить от упреков в том, что две беременности, последовавшие одна за другой без перерыва, повредили здоровью его супруги. С тех пор Элизабет овладели печальные мысли, возникшие под впечатлением от того, что даже при таком на редкость удачном совпадении всех обстоятельств, необходимых для счастливого брака, ему уготован подобный GW 206
конец. Но кроме того она видела, что все то, чего она страстно желала для матери, снова разрушено. Овдовевший зять был безутешен и отстранился от семьи своей бывшей жены. Кажется, его собственная семья, от которой он отдалился за недо-

лгое время счастливого супружества, посчитала, что настал удачный момент для того, чтобы вернуть его в отчий дом. Сохранить былую общность никак не удавалось; жить в одном доме вместе с матерью и с незамужней золовкой ему не позволяли приличия, а когда он не согласился уступить обеим женщинам ребенка, единственную живую память о покойной, они впервые обвинили его в черствости. В конце концов — и это было отнюдь не менее неприятно — до Элизабет дошли слухи о ссоре, вспыхнувшей между двумя зятьями, о причинах которой она могла лишь догадываться. Вдовец будто бы предъявил имущественные претензии, которые другой зять счел необоснованными и, мало того, назвал шантажом, принимая во внимание недавнее горе матери. Такова была история страданий этой честолюбивой и нуждающейся в любви девушки. Обиженная судьбой, огорченная тем, что мечты ее не сбылись, — а из всех, кого она любила, одни умерли, другие отдалились, а иные стали чужими, — не стремясь обрести убежище в любви посто-
SE 144 роннего мужчины, уже полтора года она жила, почти ни с кем не поддерживая отношения, пестуя свою мать и свою скорбь.

Если позабыть о более вопиющей несправедливости и представить себе, что должна при этом чувствовать девушка, невозможно отказать фрейлейн Элизабет в искреннем человеческом сочувствии. Но что мог сказать врач об этой истории
GW 207 душевных страданий, о ее связи с болезненной слабостью ног, о том, каковы были шансы во всем разобраться и вылечить пациентку, судя по тому, что было известно об этих психических травмах?

Врача исповедь пациентки прежде всего разочаровывала. Ведь то была история болезни, состоявшая из обыкновенных душевных потрясений, на основе которой невозможно было объяснить, почему пациентка заболела истерией и отчего истерия в данном случае приняла именно форму болезненной абазии[6]. Ни причина, ни детерминирование истерии не выявлялись. Можно было предположить разве только то, что у пациентки возникала ассоциативная связь между ее болезненными душевными переживаниями и физической болью, которую она по

случайному совпадению испытывала в то же время, и теперь это физическое ощущение стало для нее мнемоническим символом душевного переживания. Чем могла быть мотивирована эта подмена и в какой момент она была произведена, — все это оставалось неясным. Искать ответ на такие вопросы врачи, пожалуй, еще не привыкли. Куда привычнее удовольствоваться заключением, гласящим, что больная по природе своей истеричка и под давлением сильного возбуждения любого рода у нее могут развиться истерические симптомы.

Для исцеления пациентки исповедь ее сулила еще меньше, чем для понимания сущности болезни. Непонятно было, какое благоприятное воздействие могло оказать на фрейлейн Элизабет то, что хорошо известную всем членам ее семьи историю страданий, перенесенных за последние годы, она поведала постороннему человеку, который выказал ей умеренное сочувствие. Да и никакого улучшения, вызванного исповедью, заметно не было. В течение всего начального периода лечения пациентка не уставала напоминать врачу, что чувствует она себя по-прежнему плохо, боли у нее так и не проходят, и когда при этом она бросала на меня лукавые и злорадные взгляды, я не- GW 208
вольно вспоминал о приговоре, который вынес своей дочери престарелый господин фон Р., когда сказал, что она часто быва- SE 145
ет «дерзкой» и «настырной»; впрочем, надо признать, она имела на это право.

Если бы я прекратил психотерапию на этой стадии, то случай болезни фрейлейн Элизабет фон Р. не имел бы особого значения для теории истерии. Однако я продолжал анализ, поскольку был уверен в том, что сведения о причинах и детерминировании истерических симптомов будут добыты из более глубоких пластов сознания.

Итак, я решил раздвинуть пределы сознания пациентки и спросить ее напрямик о том, с каким впечатлением, произведенным на ее психику, она связывает первое появление болей.

Для этого пациентку следовало погрузить в глубокий гипнотический транс. Но я, увы, заметил, что после соответствующих процедур состояние пациентки нисколько не отличалось

от того, в котором она поверяла мне свою исповедь. Искренне порадовало меня лишь то, что на сей раз она не стала торжествующим тоном мне выговаривать: «Взгляните, ведь я не сплю, я не поддаюсь гипнозу». Оказавшись в таком затруднительном положении, я догадался воспользоваться тем приемом надавливания на голову, о первых опытах использования которого я подробно рассказал в предыдущем отчете о мисс Люси Р. Выполняя этот прием, я велел пациентке сообщить мне о том, что возникает перед ее внутренним взором или припоминается ей в момент надавливания. Она долго молчала и, когда я ее поторопил, призналась, что припомнила о том, как однажды вечером ее провожал от гостей до дома один молодой человек, какой у них произошел разговор и с каким чувством она потом вернулась домой, чтобы ухаживать за отцом.

GW 209 Первое же упоминание об этом молодом человеке было подобно открытию новой штольни, из которой я теперь понемногу извлекал все залежи. Тут наверняка крылась какая-то тайна, ибо, кроме одной общей подруги, никто не знал об этих отношениях и надеждах, которые она на них возлагала. Речь шла об отпрыске одной давно им знакомой семьи, которая раньше жила по соседству с ними. Молодой человек, сам осиротевший, был беззаветно предан ее отцу, следовал его советам, делая карьеру, а его почтение к отцу распространялось и
SE 146 на всех женщин из этой семьи. Многочисленные воспоминания о том, как они вместе читали и обменивались мнениями, о его отзывах, которые ей потом передавали, позволяли судить о том, как мало-помалу крепло ее убеждение в том, что он ее любит и понимает и брак с ним не потребует от нее тех жертв, из-за каких ее всегда отпугивало замужество. К сожалению, он был лишь немногим старше нее и тогда еще не обрел самостоятельность, но она твердо решила ждать его.

Из-за тяжелой болезни отца, за которым она взялась ухаживать, они стали встречаться все реже. В тот вечер, о котором она припомнила в первую очередь, чувства ее достигли предела; но и тогда до объяснения дело не дошло. Поддавшись уговорам родных и самого отца, она согласилась отойти от постели больного и отправиться в гости, где ее могла ожидать встреча

с ним. Она спешила пораньше вернуться домой, но ее упрашивали остаться, и она уступила, когда он пообещал ее проводить. Никогда она не испытывала к нему такой нежности, как во время тех проводов; но когда она, не помня себя от счастья, поздно вернулась домой, оказалось, что отцу стало хуже, и она принялась жестоко укорять себя за то, что убила столько времени ради собственного удовольствия. Больше она ни разу не оставляла больного отца без присмотра на целый вечер; с другом своим она видалась очень редко; после смерти отца он, по- GW 210
видимому, держался в стороне из уважения к ее трауру, а затем пути их разошлись; мало-помалу она уверилась в том, что его интерес к ней потеснили другие увлечения и для нее он потерян. Однако ей до сих пор причиняло боль любое воспоминание об этой несбывшейся первой любви.

Стало быть, эти отношения и вышеописанная сцена, которая из-за них разыгралась, и могли стать причиной первого появления истерических болей. Из-за контраста между блаженством, отпущенным ей тогда, и жалким состоянием, в котором она застала отца по возвращении домой, произошел конфликт, обнаружилось несоответствие. В результате данного конфликта эротическое представление было вытеснено из этой ассоциации, а присущий ей аффект поспособствовал усугублению или новому обострению появившихся тогда же (или немного раньше) физических болей. Следовательно, в данном случае дей- SE 147
ствовал механизм *конверсии с целью защиты*, который я подробно описал в другой работе*.

Разумеется, многое оставалось неясным. Я должен подчеркнуть, что мне не удалось обнаружить в ее воспоминаниях прямого указания на то, что конверсия произошла именно в тот момент, когда она вернулась домой. Поэтому я взялся разузнать об аналогичных событиях, произошедших в период ухода за больным отцом, и она припомнила ряд эпизодов, в частности, вспомнила о том, как однажды вскочила с кровати, разбуженная настойчивыми призывами отца, и босиком через хо-

* Защитные нейропсихозы (Die Abwehr-Neuropsychosen). Neurologisches Zentralblatt, 1. Juni 1894. — *Прим. автора.*

лодную комнату бросилась к нему. На мой взгляд, этот эпизод имел определенное значение, поскольку жаловалась она не только на боли в ногах, но и на мучительный озноб. Однако и на сей раз я не мог сказать наверняка, что именно в тот мо-
GW 211 мент произошла конверсия. Поэтому я уже готов был признать, что тут в объяснении зияет пробел, как вдруг припомнил, что появились-то у нее истерические боли в ногах вовсе не в период ухода за больным отцом. Она рассказывала лишь об эпизодических приступах боли, которые продолжались пару дней и на которые она тогда не обратила внимания. На сей раз я решил выяснить, когда она почувствовала боль впервые. Она припомнила, что именно тогда их навестил один родственник, которого она не смогла принять, поскольку лежала в постели, и которого, спустя два года, снова угораздило явиться к ним, когда она не вставала с постели. Но как я не старался, отыскать психическую причину первого появления болей мне не удавалось. Я счел возможным предположить, что впервые эти боли возникли и впрямь без психической причины, из-за легкого ревматического недомогания, и смог разузнать, что физический недуг, послуживший образцом для истерического подражания, безусловно, предшествовал сцене проводов. По сути дела, можно было все же допустить, что эти органически обусловленные боли не исчезали, но на некоторое время поутихли и не привлекали к себе особого внимания. Что же до неясности, возникшей от того, что из анализа следует, что
SE 148 конверсия психического возбуждения в физическую боль произошла тогда, когда больная, судя по ее воспоминаниям, такую боль, скорее всего, не испытывала, то эту задачу я надеюсь решить позднее, с привлечением других примеров*.

После того как была определена побудительная причина первой конверсии, начался второй, плодотворный период лечения. Прежде всего пациентка вскоре после этого удивила меня, сообщив о том, что теперь ей известно, почему боли рас-

* Я не могу исключить, равно как и доказать, что эти боли, ощущавшиеся преимущественно в верхней части бедер, были по природе неврастеническими. — *Прим. автора.*

пространяются именно из того места в верхней части бедер и GW 212
достигают там наибольшей силы. Как раз сюда она клала каждое утро ногу отца, когда меняла бинты, в которые оборачивали сильно распухшую ногу. Она проделывала это добрую сотню раз, но почему-то до сих пор это не приходило ей на ум. Таким образом, она наконец объяснила мне, как возникла одна нетипичная истерогенная зона. В дальнейшем боль в ногах стала то и дело «вторить» анализу. Я имею в виду следующее странное обстоятельство: когда мы приступали к нашей работе, пациентка чаще всего не испытывала боли, но стоило мне воскресить у нее в памяти какое-нибудь событие, задав вопрос или надавив рукой ей на голову, как у нее сразу же появлялись болевые ощущения, зачастую настолько сильные, что пациентка сжималась и тянулась рукой к больному месту. Пока пациентка находилась во власти этого воспоминания, острая боль не проходила, достигала наибольшей силы в тот момент, когда пациентка переходила к основной и самой важной части своего рассказа, и пропадала, когда звучали заключительные фразы. Мало-помалу я приноровился использовать эту острую боль как компас; когда пациентка умолкала, а боль все не проходила, я понимал, что она рассказала не обо всем, и настаивал на продолжении исповеди до тех пор, пока она не выговаривала эту боль до конца. И только после этого я воскрешал у нее в памяти другое событие.

В течение этого периода «отреагирования» физическое и психическое состояние пациентки улучшилось столь заметно, что я стал полушутя уверять ее, будто каждый раз устраняю определенное количество побудительных причин боли, и ког- SE 149
да уберу их все, она выздоровеет. Вскоре она уже перестала испытывать боль большую часть времени, согласилась почаще ходить и отказаться от прежнего затворнического образа жиз-
ни. В течение анализа я руководствовался то произвольными GW 213
изменениями ее самочувствия, то собственным мнением, если мне казалось, что какой-то фрагмент ее исповеди нуждается в дополнении. За время этой работы я сделал несколько любо-

пытных наблюдений, практическая ценность которых подтвердилась при лечении других пациентов.

Прежде всего, я заметил, что решительно все спонтанные изменения ее самочувствия были спровоцированы ассоциациями, возникавшими из-за текущих событий. Однажды она услышала в кругу знакомых рассказ о заболевании, в котором промелькнула деталь, напомнившая ей о болезни отца, как-то раз у них в гостях был ребенок умершей сестры, и его сходство с покойной разбередило ей душу, в другой раз она получила письмо от сестры, живущей вдали от них, и заметила в нем явные следы влияния бесцеремонного зятя и огорчилась, когда прочитала о новом семейном скандале.

Поскольку одно и то же событие никогда не подавало дважды повод для появления болей, наша надежда на то, что таким образом удастся исчерпать их запас, не казалась безосновательной, и я ничуть не стремился оградить ее от обстоятельств, способных воскресить новые воспоминания, которые еще не всплыли на поверхность, например, от посещения могилы сестры или визита в дом, где она могла встретить ныне возвратившегося друга юности.

Затем я понял, каким образом возникла истерия, которую можно назвать моносимптоматической. Я заметил, что во время гипноза у нее начинала болеть правая нога, когда мы затрагивали воспоминания об уходе за больным отцом, об отношениях с друзьями детства и обо всем том, что происходило на начальном этапе патогенного периода, а боль в левой ноге напоминала о себе, как только мне удавалось воскресить воспоминания о покойной сестре, об обоих зятьях, коротко говоря, одно из впечатлений, полученных на втором этапе периода
GW 214 страданий. Обратив внимание на эту стойкую реакцию, я про-
SE 150 должил расследование, и у меня сложилось впечатление, что данная реакция носила еще более частный характер, и каждое психическое переживание, дававшее новый повод для появления боли, ассоциировалось с определенным местом на болезненном участке кожи ног. Исходные болевые ощущения в верхней части правого бедра соотносились с заботой о боль-

ном отце, оттуда под влиянием новых травм они распространились на другие области, поэтому в данном случае речь шла, строго говоря, не об одном соматическом симптоме, связанном с различными психическими комплексами воспоминаний, а скорее о множестве сходных симптомов, которые, с первого взгляда, казались слитыми воедино. Правда, я не попытался разграничить зоны болезненной чувствительности в соответствии с отдельными переживаниями, поскольку мне показалось, что пациентка не обращает внимания на эту взаимосвязь.

Однако следом я решил выяснить, каким образом комплекс симптомов абазии распределен по зонам болезненной чувствительности, и с этой целью задал ей несколько вопросов, — например, спросил о том, с чем связаны боли, возникающие, когда она ходит, стоит и лежит, — на которые она отвечала либо самостоятельно, либо после того, как я надавливал ей рукой на голову. При этом выяснились два обстоятельства. Во-первых, все эпизоды, которые произвели на нее болезненное впечатление, она разбила на группы сообразно с тем, в каком положении она находилась в тот момент: сидела, стояла и т. п. Например, она *стояла* в дверях, когда внесли в дом отца, у которого был сердечный приступ, и от ужаса так и осталась *стоять* на том же месте как вкопанная. За рассказом о том, как она впервые «испугалась, когда *стояла*», следуют другие воспоминания, вплоть до воспоминания о том моменте, когда она, словно парализованная страхом, *стояла* у кровати умершей сестры. Всю эту вереницу воспоминаний можно было расценить как свидетельство того, что боль связана с ее пребыванием в стоячем положении, и к тому же счесть ассоциативным доказательством, нужно было лишь помнить о том, что во всех этих случаях следовало бы доказать наличие еще одного обсто- GW 215
ятельства, из-за которого ее внимание — а впоследствии и конверсия — сосредоточилось именно на пребывании в стоячем (лежачем, сидячем и т. п.) положении. То, что внимание ее было обращено именно на это, можно было объяснить, пожалуй, лишь тем, что хождение, пребывание в стоячем и лежачем положениях связаны с функциями и состоянием той части

SE 151 тела, на которой и располагались зоны повышенной чувствительности, а именно с ногами. Таким образом, нетрудно было разобраться во взаимосвязи между астазией-абазией и первым в этой истории болезни случаем конверсии.

Среди происшествий, из-за которых, судя по ее рассказу, она стала испытывать боль при *ходьбе*, выделялась прогулка, совершенная ею в большой компании на том курорте и будто бы слишком затянувшаяся. Восстановить ход событий во всех подробностях удалось далеко не сразу, и многое так и оставалось неясным. В тот день она была настроена на редкость сердечно, охотно присоединилась к дружеской компании, погода стояла прекрасная, было не слишком жарко, мать ее осталась дома, старшая сестра уже уехала, младшей нездоровилось, но и удовольствие ей портить не хотелось, муж второй сестры поначалу заявил, что останется с женой, а потом предпочел отправиться на прогулку вместе с Элизабет. По-видимому, этот эпизод был тесно связан с первым появлением болей, поскольку она припоминала, что вернулась с прогулки очень усталой и ощущала сильные боли, но не уточнила, испытывала ли боль до того. Я рассудил, что едва ли она решилась бы отправиться в столь долгий путь, если бы ощущала сколько-нибудь значительные боли. Когда я спросил, отчего у нее могли возникнуть боли во время прогулки, она в несколько туманной манере
GW 216 ответила, что больно ей стало из-за контраста между ее одиночеством и супружеским счастьем больной сестры, о котором постоянно напоминало ей поведение зятя.

Другой случай, произошедший вскоре, сыграл определенную роль в процессе установления связи между болями и пребыванием в *сидячем* положении. Минуло несколько дней; сестра и зять уже уехали, на душе у нее было неспокойно и тоскливо, она встала ранним утром, взобралась на небольшой холм, туда, где они часто бывали вместе и откуда открывался великолепный вид, и уселась на каменную скамью, предавшись своим мыслям. Она снова задумалась о своем одиночестве, об участи своей семьи, и ей страстно захотелось быть такой же счастливой, какой была ее сестра, о чем она сказала на сей раз без

утайки. Вернувшись домой и пребывая под впечатлением от этих утренних размышлений, она испытывала сильные боли; в тот же день, вечером, она приняла ванну, после которой боли усугубились и приобрели затяжной характер. SE 152

Затем выяснилось, что боли, которые возникали у нее, когда она ходила или стояла, поначалу утихали, когда она лежала. Лишь после того, как она получила известие о болезни сестры, покинула вечером Гастейн и всю бессонную ночь, пока она лежала в купе поезда, ее терзали разом тревожные мысли о сестре и лютая боль, возникла связь между пребыванием в лежачем положении и болью, и на протяжении долгого времени лежать ей было больнее, чем ходить и стоять.

Таким образом, во-первых, область болезненной чувствительности увеличилась за счет того, что с каждым разом новые патогенные переживания, относящиеся к определенной теме, захватывали новый участок ног, во-вторых, каждый из этих глубоко запечатлившихся в ее памяти эпизодов оставил после себя след, поддерживая и поощряя дальнейший «захват» различных функций ног, устанавливая связь между этими функциями и болевыми ощущениями; но формированию астазии-абазии, несомненно, содействовал и еще один, третий механизм. GW 217
Когда в заключение своего рассказа обо всех этих событиях пациентка пожаловалась, что ей тогда горько было размышлять о своем «*одиноком состоянии*», а рассказывая о своих тщетных попытках восстановить нормальную семейную жизнь, не уставала повторять, что наибольшие мучения доставляло ей чувство *беспомощности*, ощущение того, что она «не может *сойти с места*», мне пришлось допустить, что ее размышления тоже оказали влияние на формирование абазии, и предположить, что она старалась подыскать *символическую* форму выражения своих мучительных размышлений, и такой формой стало усугубление болей. В «Предуведомлении» мы уже утверждали, что за счет подобной символизации могут возникать соматические симптомы истерии; в своем эпикризе к этой истории болезни я приведу несколько примеров, которые служат тому убедительным доказательством. В случае фрейлейн Эли-

забет фон Р. механизм символизации не был главным, не он сформировал абазию, хотя все свидетельствовало о том, что уже развившаяся абазия значительно усугубилась за счет него.
SE 153 Таким образом, эту абазию на стадии развития, на которой я ее застал, можно было уподобить не только психическому ассоциативному функциональному параличу, но и символическому функциональному параличу.

Прежде чем продолжить историю моей пациентки, я хочу добавить еще несколько слов о том, как она вела себя в течение второго периода лечения. На протяжении всего анализа я использовал метод, рассчитанный на то, чтобы путем надавливания рукой на голову вызывать у пациентки зримые образы и озарения, тот метод, который невозможно применять, если пациент не готов к тесному сотрудничеству и не хочет сосредоточиться. Временами вела она себя как нельзя лучше, и в
GW 218 такие периоды меня поражало, насколько быстро ей припоминаются и в какой безупречной хронологической последовательности выстраиваются отдельные эпизоды, относящиеся к переживаниям определенного толка. Она словно листала детскую книжку с картинками, страницы которой пролетали перед ее глазами. Иной раз возникали помехи, о характере которых я тогда еще не имел представления. Я надавливал ей рукой на голову, она утверждала, что ей ничего не пришло на ум; я надавливал сызнова, велел ей подождать, но так ничего и не появлялось. Когда она впервые выказала такую строптивость, я решил на время прервать работу, мне показалось, что просто этот день неудачный; но потом все повторилось. Со второго раза мое мнение изменилось. Во-первых, этот метод не действовал только в тех случаях, когда Элизабет была весела и не испытывала боли, и ни разу не подвел меня, когда чувствовала она себя плохо; во-вторых, она начинала утверждать, что ей ничего не является, выдержав продолжительную паузу, в течение которой лицо ее принимало напряженное и озадаченное выражение, выдававшее то, что в душе ее что-то происходит. Поэтому я склонялся к предположению, что этот метод безотказный и всякий раз, когда я надавливаю на голову Элизабет,

ей приходит что-то на ум или является зримый образ, но она не всегда готова рассказать мне об этом и порой старается снова загнать поглубже то, что всплыло на поверхность. Такое замалчивание могло быть мотивировано одним из двух: либо Элизабет, несмотря на отсутствие у нее таких полномочий, подходила к своим мыслям с критическими мерками, полагая, что они недостаточно стоящие, не вполне подходят для ответа на поставленный вопрос, или боялась о них рассказывать, поскольку говорить об этом ей было слишком неприятно. Я стал вести себя так, будто был совершенно уверен в безотказности своих приемов. Я перестал потакать ей, когда она утверждала, будто ей SE 154
ничего не приходит на ум, уверял ее, что ей непременно должно что-то прийти на ум, просто она либо была недостаточно внимательной, и тогда я охотно надавлю ей на голову сызнова, либо решила, что сама эта мысль — неверная. Я говорил, что послед- GW 219
нее ее совершенно не касается, она должна оставаться совершенно объективной и рассказывать обо всем, что пришло ей на ум, не думая о том, насколько это кстати, и под конец добавлял, что мне известно наверняка, что она о чем-то подумала, но утаила эту мысль от меня, хотя боли ее никогда не исчезнут, пока она что-то утаивает. Благодаря таким настойчивым увещеваниям я добился того, что теперь надавливание на голову и впрямь ни разу не оставалось безрезультатным. Надо полагать, я верно расценивал положение, и за время этого анализа стал, на самом деле, безусловно доверять своим приемам. Зачастую она начинала говорить лишь после того, как я в третий раз надавливал ей на голову, но затем сама же добавляла: «Я могла бы сказать вам то же самое с первого раза».

— Да, но почему же вы не рассказали мне об этом сразу?

— Мне показалось, что это неверно. (Или: мне показалось, что мне удастся от этого отделаться, но мне не удалось.)

В процессе этой тяжелой работы я стал придавать глубокое значение сопротивлению[7], которое выказывала пациентка при воспроизведении своих воспоминаний, и тщательно фиксировал все то, что подавало повод для особенно заметного его проявления.

Пора перейти к описанию третьего периода нашего лечения. Пациентка стала чувствовать себя лучше, душевно ее ничего не тяготило, она обрела дееспособность, однако боли у нее не исчезли полностью, время от времени они появлялись снова, с прежней силой. Неполному лечебному эффекту соответствовал незавершенный анализ, ведь я до сих пор не знал наверняка, в какой момент и за счет действия какого механизма появились боли. Слушая в течение второго периода ее рассказ о различных эпизодах и наблюдая за тем, какое сопротивление вызывал этот рассказ у самой пациентки, я начал кое-что подозревать; однако я еще не решался действовать на этом основании. Одно случайное наблюдение убедило меня в этом окон-
SE 155 чательно. Однажды во время работы с пациенткой я услыхал
GW 220 мужские шаги в соседней комнате и приятный голос, звучавший, казалось, с вопросительной интонацией, и моя пациентка тут же попросила меня закончить сегодня на этом; ей послышалось, что пришел ее зять и спрашивает о ней. До сих пор она не испытывала боли, но после того как нам помешали, по выражению ее лица и по походке можно было угадать, что у нее внезапно появились боли. Мои подозрения подтвердились, и я решил, что пришла пора для решающего объяснения.

Итак, я спросил ее об обстоятельствах и причинах первого появления боли. Отвечая на мой вопрос, она завела речь о летнем отдыхе на курорте, где она была перед поездкой в Гастейн, и снова вспомнила несколько эпизодов, о которых прежде рассказывала менее обстоятельно. Тогда она испытывала изнеможение после всех забот, связанных со зрением матери, и ухода за ней в ту пору, когда она перенесла операцию на глаза, и окончательно разуверилась в том, что, будучи одинокой девушкой, сможет насладиться жизнью или чего-нибудь в жизни добиться. Прежде ей казалось, что у нее достанет сил, чтобы обойтись без покровительства мужчины, а теперь она почувствовала себя слабой женщиной, тоскующей по любви, и от этого чувства, по ее собственным словам, стало таять ее ледяное сердце. Счастливое замужество младшей сестры произвело на нее, пребывающую в таком настроении, очень глу-

бокое впечатление, ведь он так трогательно о ней заботился, им достаточно было одного взгляда, чтобы друг друга понять, и они так доверяли друг другу. Конечно, было досадно, что вторая беременность столь скоро последовала за первой, и сестра знала, что в этом кроется причина ее болезни, но с какой готовностью переносила она эти страдания, ибо их виновником был он. Поначалу зять не хотел участвовать в прогулке, которая была глубочайшим образом связана с болями, возникшими у Элизабет, он предпочел остаться с больной женой. Однако та показала ему взглядом, что просит его пойти, поскольку ей казалось, что это порадует Элизабет. Во время прогулки он ни на минуту не отходил от Элизабет, они беседовали о самых GW 221
разных, самых сокровенных предметах, все, что он говорил, было удивительно созвучно ее собственным мыслям, и желание найти себе мужчину, подобного ему, овладевало ею. Спустя несколько дней, наутро, после того как они уехали, она и взобралась на холм, по которому они любили прогуливаться. SE 156
Там она уселась на камень и снова стала мечтать о житейском счастье, какое выпало на долю сестры, и о встрече с мужчиной, который сумел бы пленить ее сердце, так же как зять. Когда она поднялась, она ощущала боль, которая, впрочем, опять утихла, и только ближе к вечеру, после приема ванны, ее внезапно пронзила боль, не оставлявшая ее с тех пор в покое. Я попытался выведать, какие мысли занимали ее, когда она принимала ванну; но выяснить удалось лишь то, что купальня напоминала ей об уехавшей сестре, поскольку она жила в том же доме.

Мне уже давно следовало бы все выяснить, но пациентка, по видимому, погрузилась в мучительно сладостные воспоминания, забыв о том, что она собиралась с их помощью объяснить, и продолжала свой рассказ. Она вспомнила о пребывании в Гастейне, о тревожном ожидании писем, о том, как в конце концов пришло известие о плохом самочувствии сестры, о долгом ожидании вечера, когда можно было выехать из Гастейна, о поездке бессонной ночью, в состоянии мучительной неизвестности, — все эти события, по ее словам, сопровождались резким обострением боли. Я спросил ее, не пред-

ставляла ли она себе во время поездки возможность печального исхода, которая затем оказалась реальностью. Она ответила, что старалась отгонять такие мысли, а вот мать, по ее мнению, сразу ожидала самого худшего. Тут она стала вспоминать о своем прибытии в Вену, о том, какое впечатление произвели на нее ожидавшие их родственники, о непродолжительной
GW 222 поездке из Вены на дачу неподалеку, где жила сестра, о том, как они приехали туда под вечер, быстро прошли через сад к дверям садового павильона, — в доме было тихо, царила гнетущая темнота; зять не вышел их встречать; потом они стояли у кровати, глядя на покойную, и в тот ужасный миг, когда она воочую убедилась в том, что ее любимая сестра умерла, а они так с нею и не попрощались, не скрасили ее последние дни заботой, — в тот самый миг у Элизабет внезапно промелькнула и другая мысль, ныне неотвратимо возникшая снова, мысль, которая яркой молнией пронзила темноту: теперь он снова свободен, и я могу стать его женой.

SE 157 Вот теперь все было ясно. Труды аналитика были щедро вознаграждены: идеи «защиты» невыносимого представления, возникновения истерического симптома за счет конверсии психического возбуждения в телесное, формирования обособленной части психики волевым актом, подталкивающим к защите, — все это предстало передо мной в тот миг с предельной ясностью. Все произошло именно так, и никак иначе. Эта девушка прониклась нежным чувством к своему зятю, против сознательного восприятия которого восставало все ее нравственное существо. Ей удалось избавиться от мучительной мысли о том, что она влюблена в мужа собственной сестры, ценою физических болей, а в те мгновения, когда эта мысль неотвязно преследовала ее (во время прогулки с ним, тем утром, когда она грезила на холме, в купальне, перед кроватью сестры), за счет конверсии возникали физические боли. К тому времени, когда я взялся за ее лечение, обособление связанных с этой влюбленностью представлений от ее сознания уже произошло; в противном случае она никогда не согласилась бы на подобное лечение; ее упор-
GW 223 ное сопротивление воспроизведению травматических эпизодов

действительно соответствовало той энергии, с которой невыносимое представление было вытеснено из этой ассоциации.

Однако терапевту поначалу пришлось несладко. Повторное восприятие вытесненного представления ошеломило бедняжку. Когда я подвел всему итог, сухо заметив: «Стало быть, вы были давно влюблены в вашего зятя», — она громко вскрикнула. Она пожаловалась на ужасные боли, мгновенно возникшие у нее, она еще предпринимала отчаянные попытки отбиться от правды: это неправда, это я ей внушил, этого не может быть, на такую подлость она не способна, этого она себе никогда бы не простила. Доказать ей, что ее собственные рассказы не допускают иного толкования, было нетрудно, но прежде чем все мои увещевания, попытки объяснить, что мы не несем ответственности за свои чувства, и само ее поведение, ее заболевание красноречиво свидетельствует об ее нравственности, — так вот, прежде чем эти самые увещевания возымели над ней действие, прошло немало времени.

Теперь для того, чтобы успокоить пациентку, одного способа было недостаточно. Поначалу я собирался предоставить ей возможность избавиться от накопившегося за долгое время SE 158
возбуждения посредством «отреагирования». Мы стали беседовать о том, какое впечатление произвел на нее зять при первом знакомстве, как она прониклась к нему симпатией, которая оставалась бессознательной. Ей припомнились все те незначительные предзнаменования и предчувствия, которым уже созревшая страсть задним числом придает столь большое значение. Впервые явившись к ним в дом, он принял ее за невесту, которую ему прочили, и поклонился сначала ей, а потом уже невзрачной старшей сестре. Однажды вечером они столь оживленно беседовали и, казалось, так хорошо понимали друг друга, что настоящая невеста прервала их полусерьезным замечанием: «Вы и впрямь прекрасно подошли бы друг другу». GW 224
В другой раз на светском рауте, где еще никто не знал о помолвке, зашла речь об этом молодом человек, и некая дама указала на один изъян в его внешности, который она сочла признаком ювенильной остеопатии. Невеста осталась невозмути-

мой, а Элизабет вскочила и принялась пылко уверять, что у ее будущего зятя стройная осанка, хотя потом сама не могла понять, отчего так горячилась. Пока мы разбирали все эти воспоминания, Элизабет поняла, что нежное чувство к зятю уже давно дремало в ее душе, возможно, с тех самых пор, как они познакомились, и все это время таилось под маской дружеской симпатии, за которую выдавало его присущее ей чувство семейственности.

Это отреагирование, несомненно, пошло ей на пользу; но еще большее облегчение могло принести ей мое дружеское вмешательство в ее нынешние дела. С этой целью я постарался встретиться для разговора с госпожой фон Р., которая оказалась дамой отзывчивой и чуткой, хотя и удрученной постигшим ее несчастьем. От нее я узнал о том, что при ближайшем рассмотрении обвинение в грубом шантаже, предъявленное вдовцу старшим зятем и больно уязвившее Элизабет, оказалось необоснованным. Молодой человек ничем не омрачил свою репутацию; столь неприятный с виду инцидент вызван был всего лишь недоразумением, ибо нетрудно понять, что купец, для которого деньги являются рабочим инструментом, привык дорожить ими больше, чем чиновник. Я попросил мать Элизабет впредь разъяснять дочери все, что та пожелает узнать, и
SE 159 впоследствии всегда проявлять готовность выслушать ее признания, на которую она наверняка привыкла рассчитывать за время общения со мной.

GW 225 Разумеется, мне надлежало узнать и о том, может ли надеяться девушка на исполнение своего желания, ставшего теперь осознанным. Тут обстоятельства складывались похуже. По словам ее матери, она уже давно заметила, что Элизабет неравнодушна к зятю, хотя и не ведала о том, что эти чувства возникли еще при жизни сестры. Достаточно было взглянуть на них в редкие, впрочем, часы общения, чтобы не осталось и тени сомнения в том, что девушка старается ему понравиться. Однако ни она, как мать, ни люди, к мнению которых она прислушивается, не слишком благоволят этому браку. Смерть любимой жены нанесла удар по здоровью молодого человека,

которое и без того не было крепким; к тому же нет никакой уверенности в том, что душевно он уже оправился от несчастья и готов к новому браку. Наверное, он потому и старается держаться в стороне, что, сам того не сознавая, хочет уклониться от подобного разговора. При такой сдержанности с обеих сторон развязка, которой страстно желала Элизабет, вполне могла и не произойти.

Я сообщил девушке обо всем, что узнал от ее матери, успокоил ее, разъяснив, как обстояло дело со скандалом из-за денег, и призвал ее спокойно отнестись к тому, что будущее ее остается пока неопределенным. Впрочем, уже наступало лето, и пора было заканчивать лечение. Чувствовала она себя лучше, на боли она перестала жаловаться с тех пор, как мы изучили обстоятельства, которыми они могли быть обусловлены. Нам обоим казалось, что мы со всем справились, хотя я и понимал, что сдерживаемые нежные чувства не были отреагированы в полной мере. Я решил, что она выздоровела, еще раз заверил ее, что теперь, когда начало положено, дело пойдет своим чередом, и она мне не возражала. Она отправилась вместе с матерью на дачу, где должна была встретиться со старшей GW 226
сестрой и ее семьей.

Следует вкратце сообщить и о том, как в дальнейшем протекала болезнь фрейлейн Элизабет фон Р. Спустя несколько недель после того, как мы распрощались, я получил полное отчаяния письмо от ее матери, в котором сообщалось, что при первой же попытке поговорить с Элизабет о ее сердечных делах SE 160
она страшно возмутилась, и с тех пор у нее снова появились боли, она рассержена на меня из-за того, что я раскрыл ее тайну, совершенно замкнулась, и лечение оказалось бесполезным. Как им быть теперь? Обо мне она и слышать не хочет. Я не ответил; избавившись от моего влияния, она, скорее всего, снова попыталась бы воспротивиться вмешательству матери и замкнулась. Но я почему-то был уверен, что все утрясется и мои труды не пропали даром. Спустя два месяца они вернулись в Вену, и коллега, которому я благодарен за то, что он представил меня этой пациентке, дал мне знать, что Элизабет совер-

шенно здорова, ведет себя нормально, хотя временами у нее возникают боли. С тех пор она еще не раз посылала мне такие же сообщения, всегда при этом обещая меня навестить, и то, что она так и не выполнила своего обещания, характеризует личные отношения, которые складываются в процессе подобного лечения. Как заверяет меня коллега, она выздоровела, положение зятя в ее семье не изменилось.

Весной 1894 года я узнал, что она посетит домашний бал, на который я мог раздобыть приглашение, и решил не упустить случая посмотреть, как моя бывшая пациентка кружится в стремительном танце. Она уже вышла замуж по любви за другого человека.

ЭПИКРИЗ

GW 227 Я не всегда был психотерапевтом, меня приучали к местным диагнозам и электропрогностике, как и других невропатологов, и мне самому странно видеть, что истории болезни, которые я пишу, читаются как новеллы и, так сказать, лишены серьезного отпечатка научности. Мне остается утешать себя лишь тем, что, по-видимому, эти результаты объясняются скорее сущностью предмета, чем моими пристрастиями; местная диагностика и электрические реакции никакого значения для исследования истерии не имеют, между тем как подробное описание душевных процессов, какое привыкли ожидать от поэта, позволяет мне, лишь изредка используя некоторые психологические
SE 161 формулировки, проникать в сущность истерического процесса. Такие истории болезни можно расценить как психиатрические, но, по сравнению с последними, они обладают одним преимуществом, а именно показывают внутреннюю связь между историей душевных страданий и симптомами болезни, которую мы пока тщетно пытаемся отыскать в биографиях с описанием других психозов.

Все разъяснения, какие я мог дать по поводу случая заболевания фрейлейн фон Р., я постарался вплести в повествование об истории ее выздоровления; но, пожалуй, не мешает повто-

рить здесь в связном виде самое главное. Я описал нрав пациентки, ее черты, которые можно обнаружить у многих истериков и которые действительно нельзя отнести на счет дегенерации: ее даровитость, ее честолюбие, ее нравственные качества и деликатность, ее крайне сильную потребность в любви, которая поначалу удовлетворялась в кругу семьи, ее независимый характер, не вмещающийся в рамки идеала женственности и находящий себе выражение в виде изрядного своенравия, готовности к борьбе и замкнутости. По словам моего коллеги, достоверных сведений о сколько-нибудь значительной наследственной предрасположенности в обеих семьях не было; хотя GW 228
мать ее и страдала долгие годы от невротической дисфории, которая обстоятельно не изучалась, ее сестер, отца и членов его семьи можно назвать уравновешенными, не нервными людьми. Среди ближайших ее родственников нейропсихоз никто не перенес.

На душу ее повлияли лишь мучительные переживания и в первую очередь изнуряющий и продолжительный уход за больным отцом.

Если уход за больным играет столь заметную роль в предыстории истерии, то на это есть веские причины. Некоторые из них очевидны: расстройство физического здоровья из-за недосыпания, пренебрежение правилами гигиены, влияние постоянно гложущей тревоги на вегетативные функции; однако главное заключается, на мой взгляд, в другом. Человек, ухаживающий за больным и поглощенный всевозможными хлопотами, которые необозримой чередой растягиваются на недели и месяцы, с одной стороны, привыкает ничем не выказывать свое волнение, а с другой стороны, перестает обращать внимание на собствен- SE 162
ные впечатления, поскольку у него нет ни времени, ни сил на то, чтобы оценить их по достоинству. У него в избытке накапливаются эмоциональные впечатления, которые едва ли воспринимаются достаточно отчетливо и уж точно не сглаживаются за счет отреагирования. Таким образом создается материал для ретенционной истерии. Если больной выздоравливает, то все эти впечатления, разумеется, теряют силу; но если он умирает, то наступает пора скорби, когда заслуживающим внимания кажет-

ся лишь то, что имеет отношение к покойному, вот тогда и приходит черед тех впечатлений, что рвутся наружу, и после короткой передышки возникает истерия, начало которой было положено во время ухода за больным.

GW 229 Иной раз такое же последующее избывание травматических переживаний, накопленных в период ухода за больным, наблюдается и в тех случаях, когда общее ощущение болезни не возникает, но можно заметить действие механизма истерии. Например, я знаком с одной высокоодаренной дамой, страдающей от легких нервных недомоганий, в которой все выдает истеричку, хотя она никогда не обременяла своими заботами врачей, ей ни разу не приходилось отказываться на время от выполнения своих обязанностей. Эта дама уже похоронила трех или четырех родных, за каждым из которых ухаживала до полного физического истощения, но и после этих скорбных трудов не заболела. Однако вскоре после смерти больного в ее душе начинается работа по воспроизведению впечатлений, в процессе которой эпизоды его болезни и смерти вновь проходят у нее перед глазами. Она заново переживает каждый день, каждое событие, плачет из-за этого и утешается этим, — можно сказать, на досуге. Она избывает эти переживания, не прерывая свои обычные ежедневные занятия, но одно другому не мешает. Ее воспоминания следуют в хронологическом порядке. Вспоминает ли она в определенный день именно то, что произошло в этот же день в прошлом, я не знаю. Полагаю, что это зависит от того, сколько времени для досуга позволяют ей выкроить текущие домашние дела.

Кроме «оплакивания вдогонку» покойного по истечении короткого промежутка времени после его смерти эта дама каж-
SE 163 дый год периодически переживает заново все прежние беды, которые когда-либо с ней стряслись, и вот тогда яркие зрительные образы и чувства, запавшие ей в память, воспроизводятся день в день. Например, я застаю ее в слезах и сочувственно осведомляюсь, что стряслось сегодня. Она несколько раздраженно отмахивается от моего вопроса: «Ах нет, просто сегодня снова приходил надворный советник Н. и дал нам понять, что надеяться не на что. Тогда мне было некогда плакать». Она ведет речь

о последней болезни мужа, который умер три года назад. Мне было бы любопытно узнать, воспроизводятся ли во время этих периодически повторяющихся поминовений одни и те же сцены, или ей каждый раз предоставляются для отреагирования
иные подробности, как предполагаю я, исходя из интересов своей GW 230
теории*. Но ничего определенного выведать об этом невозмож- SE 164
но, эта умная и не менее сильная женщина стыдится пылких SE 164
чувств, которые вызывают эти воспоминания.

* Как-то раз я с удивлением узнал о том, что подобное «отреагирование вдогонку», вызванное переживаниями, не имеющими отношения к уходу за больными, может стать содержанием невроза, который иным образом объяснить невозможно. Так произошло с одной привлекательной девятнадцатилетней девушкой, фрейлейн Матильдой Х. Когда я увидел ее впервые, у нее был неполный паралич ног, но спустя несколько месяцев она поступила на лечение ко мне из-за того, что у нее изменился характер, она утратила интерес к жизни и уважение к матери, стала раздражительной и никого к себе не подпускала. В целом состояние пациентки не напоминало обычную меланхолию. Мне с величайшей легкостью удавалось погружать ее в глубокий сомнамбулический транс, и я воспользовался этой ее особенностью для того, чтобы всякий раз давать ей наставления и производить внушения, которые она выслушивала, пребывая в глубоком сне и заливаясь слезами, но никаких иных изменений в ее состоянии мои слова не вызывали. Однажды она разговорилась в состоянии гипноза и сообщила мне о том, что дурное настроение у нее из-за того, что несколько месяцев назад была расторгнута ее помолвка. Познакомившись с обрученным поближе, она и ее мать все больше убеждались в том, что он им не нравится, однако брак этот сулил слишком значительные материальные выгоды, чтобы можно было с легкостью от него отказаться: долгое время они колебались, она уже и сама не знала, как ей быть, впала в апатию, готова была на все что угодно, и в конце концов мать вместо нее сообщила жениху о категорическом отказе. Немного погодя она словно очнулась ото сна, начала усердно обдумывать уже принятое решение, взвешивать все доводы «за» и «против», и этот процесс все еще продолжался. Она словно жила в ту пору сомнений, каждый день ее настроение и мысли были под стать тому, что она чувствовала тогда, в этот же день, раздражительность ее в отношениях с матерью была мотивирована лишь тогдашними обстоятельствами, и нынешняя жизнь казалась ей на фоне этой мыслительной деятельности каким-то эфемерным существованием, вроде сна. Больше мне не удалось добиться от нее ни слова, я продолжал утешать ее, пока она пребывала в глубоком сомнамбулическом трансе, всякий раз видел, как она заливалась слезами, но всегда оставляла меня без ответа, и вот однажды, приблизительно в годовщину помолвки, от ее дурного настроения не осталось и следа, что было сочтено большим успехом моего гипнотического лечения. — *Прим. автора.*

Еще раз подчеркну: эта женщина не больна, при всем сходстве с истерическим процессом отреагирование задним числом все же таковым не является, можно задаться вопросом о том, по какой причине некоторые люди заболевают после ухода за больным, а иные избегают болезни. Объяснить это индивидуальной предрасположенностью невозможно, ведь дама, о которой идет речь, имела к тому ярко выраженную предрасположенность.

GW 231

Но вернемся снова к фрейлейн Элизабет фон Р. Когда она ухаживала за своим больным отцом, у нее впервые появился истерический симптом: боль в определенном месте в верхней части правого бедра. На основе анализа можно разобраться в механизме возникновения этого симптома. В определенный момент комплекс ее представлений о своих обязанностях, связанных с уходом за больным отцом, вступил в противоречие с содержанием тогдашних эротических устремлений. Испытывая угрызения совести, она отдала предпочтение первому и ощутила при этом истерическую боль. Согласно трактовке, близкой конверсионной теории истерии, этот процесс можно было бы представить следующим образом: она вытесняет эротическое представление из сознания и преобразовала весь его аффект в соматическое болевое ощущение. Сталкивалась ли она с этим первым конфликтом один раз или неоднократно, выяснить не удалось, но вероятнее последнее. Совершенно такой же конфликт, — имеющий все же большее нравственное значение и с еще большей степенью достоверности выявленный в ходе анализа, — возник снова, спустя годы, и привел к обострению болей и распространению их за пределы области, захваченной ими поначалу. На этот раз в конфликт со всеми ее представлениями о нравственности опять вступил комплекс эротических представлений, поскольку симпатию она испытывала к своему зятю, и при жизни сестры, равно как и после ее смерти? ей казалась неприемлемой сама мысль о том, что она мечтает именно об этом мужчине. Благодаря анализу удалось получить исчерпывающие сведения об этом конфликте, который занимает центральное положение в истории бо-

SE 165

лезни. Скорее всего, симпатия к зятю зародилась в душе пациентки уже давно, развитию этих чувств поспособствовали физическое истощение, вызванное недавним уходом за больным, и душевное истощение из-за сплошных разочарований в течение нескольких лет, тогда душа ее смягчилась, и она призналась себе в том, что нуждается в любви мужчины. За несколько недель близкого общения (на курорте) эти эротические чувства, равно как и болевые ощущения, окрепли, и, судя по результатам анализа, именно тогда пациентка находилась в особом психическом состоянии, рассматривая которое в сочетании с симпатией и болями, по-видимому, можно осмыслить этот процесс в духе конверсионной теории. GW 232

Беру на себя смелость утверждать, что пациентка в ту пору сознательно не отдавала себе отчет в том, что испытывает симпатию к зятю, какой бы сильной та ни была, за вычетом нескольких редких случаев, да и тогда сознавала это лишь на мгновение. Если бы все было иначе, то она осознавала бы и противоречие между этой симпатией и своими представлениями о нравственности и испытывала бы такие же душевные муки, какие изводили ее у меня на глазах после нашего анализа. Она не припоминала о подобных страданиях, она от них воздерживалась, значит, и в симпатии этой себе отчет не отдавала; тогда, как и в начале анализа, любовь к зятю присутствовала в ее сознании подобно чужеродному телу, не соприкасаясь со всеми остальными ее представлениями. Она пребывала в своеобразном состоянии, при котором разом ведала и не ведала об этой симпатии, в состоянии, возникающем при наличии отделенной психической группы. Только это я и имею в виду, когда утверждаю, что «сознательно» она не отдавала себе отчет в данной симпатии, я не веду речь о том, что она сознавала это хуже или слабее, а подразумеваю под этим разрыв свободной ассоциативной мыслительной связи с содержанем прочих представлений.

Но как могла столь заметная группа представлений оставаться изолированной? Ведь с ростом величины аффекта, связанного с определенным представлением, возрастает и значение этого представления для ассоциации.

GW 233 SE 166 Для того чтобы ответить на этот вопрос, нужно учитывать два обстоятельства, не подлежащих сомнению: во-первых, истерические боли появились одновременно с образованием обособленной психической группы; во-вторых, пациентка изо всех сил сопротивлялась попыткам установления связи между обособленной психической группой и прочим содержанием сознания, а когда они все-таки объединились, она ощутила острую душевную боль. Согласно нашей трактовке истерии, оба этих обстоятельства можно рассматривать в связи с расщеплением сознания и утверждать, что в первом случае имеется указание на *мотив* расщепления сознания, а во втором случае — на его *механизм*. Мотивом послужила защита, неприятие всем существом этой группы представлений; действовал при этом механизм *конверсии*, то есть вместо сдерживаемой душевной боли появилась боль физическая, произошло превращение, *выигрыш* от которого заключался в том, что пациентка избежала невыносимого психического состояния, хотя и ценой психической аномалии, допустив расщепление сознания, и физических страданий, болей, послуживших основой для развития астазии-абазии.

Правда, я не могу предоставить руководство по проведению подобной конверсии; выполняется это, очевидно, не так, как намеренное произвольное действие; процесс этот развивается в душе индивида под влиянием защитных мотивов, когда индивид организует или видоизменяет его в соответствии с этими нуждами.

Правомерно перевести теорию в практическую плоскость и задать вопрос: что же именно превращается в физическую боль? Соблюдая осторожность, можно ответить следующим образом: это нечто такое, из чего могла и должна была бы
GW 234 возникнуть душевная боль. Если осмелиться на большее и попытаться описать механику представлений в терминах алгебры, то можно сказать, что комплекс представлений об этой бессознательной симпатии обладает определенной суммой аффекта, величину которой можно назвать конвертируемым. Из этого напрашивается вывод, что «бессознательная любовь» настоль-

ко ослабляется за счет подобной конверсии, что низводится до уровня слабого представления; в таком случае она может су- SE 167
ществовать в виде отделенной психической группы лишь благодаря ослаблению. Впрочем, этот пример не годится для того, чтобы наглядно разъяснить столь тонкие материи. Скорее всего, в данном случае речь идет лишь о незавершенной конверсии; судя по другим случаям, конверсия может быть и завершенной, и при такой конверсии невыносимое представление действительно «вытесняется» так, как можно вытеснить лишь очень слабое представление. После объединения всех ассоциаций пациенты уверяют, что с тех пор как у них возник истерический симптом, они перестали размышлять о невыносимом представлении.

Выше я утверждал, что все же в некоторых случаях пациентка, пусть и мимолетно, сознавала, что любит своего зятя. Это произошло, например, в тот момент, когда возле постели сестры у нее промелькнула мысль: «Теперь он свободен, и ты можешь стать его женой». Нужно сказать о том, какое значение имеет этот эпизод для понимания сущности невроза в целом. Дело в том, что гипотеза «защитной истерии» изначально предполагает наличие, по меньшей мере, одного такого момента. Сознание не ведает заранее о том, когда невыносимое представление заявит о себе; ведь поначалу невыносимое представление, которое впоследствии отстраняется и формирует вместе со всем, что имеет к нему отношение, обособленную группу, должно сохранять связь с остальными мыслями, иначе не воз- GW 235
ник бы конфликт, повлекший за собой его отстранение*. Именно эти моменты и следует называть «травматическими»; тогда и происходила конверсия, которая привела к расщеплению сознания и появлению истерических симптомов. В случае фрейлейн Элизабет фон Р. все указывало на то, что таких моментов было много (на прогулке, во время размышлений поутру, в купальне, возле кровати сестры). Такое обилие травматических

* Все обстоит иначе при гипноидной истерии; в данном случае содержание обособленной психической группы никогда не оказалось бы в сознании Я. — *Прим. автора.*

моментов обусловлено тем, что переживание, подобное тому, что вначале привело к появлению невыносимого представления, вновь вызывает возбуждение в отделенной психической
SE 168 группе и тем самым на время уничтожает результаты конверсии. Я приходится уделять внимание этому представлению, которое внезапно высвечивается ярче, и затем восстанавливать прежнее состояние за счет повторной конверсии. Фрейлейн Элизабет, которая постоянно общалась со своим зятем, наверняка была особенно подвержена новым травмам. Случай заболевания, которое предваряли травмы, перенесенные исключительно в прошлом, больше подошел бы для этого изложения.

Пора рассмотреть то обстоятельство, которое затрудняет понимание вышеуказанной истории болезни. На основе анализа я предположил, что впервые конверсия произошла у пациентки в период ухода за больным отцом, а точнее говоря, в тот момент, когда она почувствовала, что обязанности сиделки противоречат эротическим устремлениям, и этот процесс послужил образцом для того процесса, который позднее, во время пребывания на альпийском курорте, привел к внезапному появлению болезни. Но тут я узнаю от пациентки о том, что в пору ухода за больным отцом и в тот период, что за этим последовал и назван был мною «первым периодом», она вообще не страдала от болей и слабости ног. Хотя во время болезни
GW 236 отца она однажды слегла на несколько дней из-за болей в ногах, ответить на вопрос о том, была ли уже тогда повинна в этом истерия, не удалось. В ходе анализа не были получены доказательства наличия причинно-следственной связи между этими первыми болями и какими-нибудь впечатлениями, произведенными на психику; быть может, и даже скорее всего, тогда у нее появились обычные ревматические мышечные боли. Если даже предположить, что первый приступ болей явился результатом истерической конверсии, произошедшей из-за неприятия тогдашних эротических мыслей, то как быть с тем фактом, что спустя несколькой дней боли исчезли, ведь это означает, что в действительности пациентка вела себя тогда не так, как во время анализа. Когда она воспроизводила события, произо-

шедшие в течение так называемого первого периода, все ее рассказы о болезни и смерти отца, о впечатлениях от общения с первым зятем и т. п. сопровождались болевыми ощущениями, тогда как в ту пору, когда она переживала все это в действительности, боли она не ощущала. Не достаточно ли одного этого противоречия для того, чтобы разувериться в пригодности подобного анализа для выяснения всех обстоятельств?

Я уверен в том, что можно разрешить данное противоречие, если предположить, что боли, будучи результатом конверсии, возникли не в течение первого периода, когда пациентка пе- SE 169
реживала все это в действительности, а задним числом, то есть в течение второго периода, когда в памяти пациентки воспроизводились полученные тогда впечатления. Конверсия произошла не сразу после того, как впечатления были получены, а в тот период, когда она вспоминала о них. Я даже полагаю, что необычным при истерии подобный процесс не является и всегда вносит свою лепту в развитие истерических симптомов. Но поскольку одно такое утверждение наверняка никого не убедит, я попытаюсь подкрепить его другими примерами.

Однажды, когда я занимался аналитическим лечением такого рода, у одной пациентки возник новый истерический симп- GW 237
том, так что я смог попытаться его устранить на следующий день после его возникновения.

Ниже я изложу в общих чертах историю этой пациентки; она довольно проста, хотя и не лишена интереса.

Фрейлейн Розалия Х., двадцати трех лет, в течение нескольких лет старается выучиться на певицу, жалуется на то, что в некоторых тональностях ее красивый голос ей не повинуется. Она начинает ощущать спирание и стеснение в гортани и издает звук сдавленным голосом; из-за этого преподаватель до сих пор не разрешил ей выступать перед публикой; хотя этот изъян заметен только в среднем регистре, объяснить его органическим дефектом все же невозможно; временами расстройство полностью исчезает, и учитель заявляет, что он ею очень доволен, но иной раз от волнения, с виду тоже безо всякого повода, ощущение стеснения появляется снова, и она не мо-

жет петь в полную силу. Нетрудно было признать в этом неприятном ощущении истерическую конверсию; я не уточнял, не произошла ли на самом деле контрактура определенных мышц голосовых складок*. В ходе гипнотического анализа, предпринятого мною при лечении этой девушки, я узнал о ее судьбе, а стало
SE 170 быть, и о причинах ее недомогания следующее: она рано осиротела, и ее приняла в свое многодетное семейство тетя, в доме
GW 238 у которой она поневоле окунулась в ее совершенно несчастную семейную жизнь. Муж тети, человек явно ненормальный, грубейшим образом помыкал женой и детьми, но больше всего ее оскорбляло то, что он открыто волочился за живущими в доме служанками и нянями, и чем больше подрастали дети, тем неприличнее это становилось. Когда тетя умерла, Розалия стала опекать стайку осиротевших и притесненных отцом детей. Она серьезно относилась к своим обязанностям, улаживала все конфликты, с которыми ей пришлось столкнуться из-за своего нового положения в семье, но при этом с трудом сдерживалась, чтобы не выказать ненависть и презрение к дяде**. Тогда она впервые и почувствовала стеснение в горле; всякий раз, когда ей приходилось держать язык за зубами, когда она заставляла себя молчать в ответ на возмутительное обвинение, у нее начинало першить в горле, все сжималось, пропадал голос, словом, возникали все те ощущения, локализованные в гортани и глотке, которые ныне мешали ей петь. Понятно было, что она

* Мне доводилось наблюдать за одной певицей, которая не могла петь из-за контрактуры жевательных мышц. Неприятные события в семье заставили юную даму пойти на сцену. Сильно взволнованная, она пела в Риме на репетиции, как вдруг почувствовала, что не может закрыть рот; она лишилась чувств и упала на пол. Послали за врачом, и тот через силу сжал ей челюсти; однако с тех пор больная не могла раскрыть рот больше чем на ширину пальца, и ей пришлось отказаться от недавно избранного поприща. Когда она, спустя несколько лет, поступила ко мне на лечение, очевидно, от ее былого волнения не осталось и следа, поскольку массажа в состоянии легкого гипноза оказалось достаточно для того, чтобы она смогла широко раскрыть рот. С тех пор эта дама пела на публике. — *Прим. автора.*

** *Примечание 1924 г.* В данном случае это тоже был, в действительности, отец, а не дядя. — *Прим. автора.*

стремилась обрести самостоятельность, дабы избежать волнений и мучительных переживаний, которые подстерегали ее каждый день в доме дяди. В ней бескорыстно принимал участие один толковый учитель пения, который заверил ее, что с таким голосом она вполне может стать певицей. Она начала втайне брать у него уроки, однако из-за того, что часто спешила на уроки пения, испытывая стеснение в горле после бурных домашних скандалов, между пением и истерической парестезией окрепла связь, возникшая уже из-за органического ощущения во время пения. Аппарат, которым ей следовало бы свободно распоряжаться во время пения, оказался во власти иннервации, оставшейся после многочисленных эпизодов подавления возбуждения. С тех пор она покинула дом дяди, переехала в другой город, чтобы держаться подальше от семьи, однако переезд не помог ей преодолеть это затруднение. Других истерических симптомов у этой красивой, необыкновенно смышленой девушки не было. SE 171 GW 239

Я постарался справиться с этой «ретенционной истерией» при помощи воспроизведения всех взволновавших пациентку впечатлений и последующего отреагирования. Я велел ей браниться, перестать сдерживаться, высказать дяде всю правду в лицо и т. п. Такое лечение ей очень помогло; к сожалению, пока она жила здесь, обстоятельства ее тоже не благоприятствовали лечению. Ей не повезло с родственниками. Она гостила в доме другого дяди, который оказал ей радушный прием; но именно поэтому она вызвала недовольство тети. Эта женщина подозревала своего мужа в тайном пристрастии к племяннице и решила сделать пребывание девушки в Вене совершенно невыносимым. В молодости ей самой пришлось пренебречь своими художественными склонностями, и теперь она завидовала племяннице, которая могла развивать свой талант, хотя решение племянницы было продиктовано не любовью к искусству, а скорее стремлением к независимости. В их доме Розалия испытывала такое стеснение, что не осмеливалась, к примеру, петь и играть на пианино, когда тетя могла ее услышать, и боялась играть и петь для престарелого, впрочем, дяди, брата своей

матери, если тетя могла застать ее за этим занятием. Пока я старался стереть следы прежних волнений, отношения пациентки с хозяевам дома обернулись новыми волнениями, которые, в конечном счете, помешали лечению и привели к преждевременному его завершению.

Однажды пациентка явилась ко мне с новым симптомом, который появился от силы сутки назад. Она жаловалась на неприятную щекотку в кончиках пальцев, которая со вчерашнего дня регулярно возникала у нее с перерывом в несколько
GW 240 часов и заставляла ее чрезвычайно быстро шевелить пальца-
SE 172 ми. Сам припадок я не застал, иначе угадал бы его причину, взглянув на то, как она шевелила пальцами; однако я сразу же попытался установить мотивы возникновения симптома (собственно говоря, незначительного истерического припадка) с помощью гипнотического анализа. Поскольку появился он совсем недавно, я надеялся, что мне удастся быстро все выяснить и уладить. К моему изумлению, пациентка — безо всяких колебаний и в хронологической последовательности — рассказала о целом ряде эпизодов, начиная с детских воспоминаний, которые роднило то, что в этих обстоятельствах она безропотно сносила несправедливость, хотя у нее могли при этом руки чесаться, например, в тот момент, когда ей пришлось в школе подставить руку под удар учительской линейки. Однако то были обыкновенные случаи, в праве которых на законное место в этиологии истерического симптома я бы скорее усомнился. Иначе обстояло дело с другой сценой, о которой она поведала следом и которая разыгралась в те годы, когда она была совсем юной девушкой. Однажды ее похотливый дядя, страдавший ревматизмом, попросил ее помассировать ему спину. Она не осмелилась ему отказать. Пока она массировала ему спину, он лежал в постели и вдруг откинул одеяло, приподнялся, попытался ее схватить и повалить на кровать. Она, естественно, прервала массаж и в следующее мгновение убежала и заперлась в своей комнате. Ей явно было неприятно вспоминать об этом происшествии и не хотелось говорить о том, что она увидела, когда дядя неожиданно оголился. Возможно, это ощущение в паль-

цах возникло из-за подавленного побуждения его наказать или просто объясняется тем, что в тот момент она проводила массаж. Лишь завершив рассказ об этом эпизоде, она заговорила о вчерашних событиях, из-за которых дрожь и щекотка в пальцах стали возникать у нее постоянно, как мнемонический символ. Дядя, у которого она ныне жила, попросил ее что-нибудь для него сыграть; она уселась за пианино и стала себе аккомпанировать, полагая, что тетя ушла. Неожиданно в дверях возникла тетя; Розалия вскочила, захлопнула крышку пианино и отшвырнула ноты; нетрудно догадаться, о чем она вспомнила в это мгновение и от каких мыслей ей пришлось защищаться, ее разозлило необоснованное подозрение, из-за которого ей пришлось покинуть дом, хотя для продолжения лечения ей необходимо было оставаться в Вене, а другого крова у нее здесь не было. Когда она рассказывала об этой сцене, я заметил, что она чрезвычайно быстро шевелит пальцами, словно хочет — в буквальном и фигуральном смысле — что-то от себя оттолкнуть, отбросить нотный лист или отмести несправедливое требование. GW 241 SE 173

Она решительно уверяла, что не замечала этот симптом прежде, в связи с эпизодами, о которых она рассказала вначале. Стало быть, оставалось предположить лишь то, что вчерашнее происшествие поначалу напомнило ей о других подобных событиях, а затем привело к созданию мнемонического символа всей группы воспоминаний? С одной стороны, конверсии поспособствовало недавнее переживание, а с другой стороны — сохранившийся в памяти аффект.

Если хорошенько поразмыслить над всеми этими обстоятельствами, придется признать, что применительно к развитию истерических симптомов данный процесс следует считать скорее правилом, чем исключением. Чуть ли не всегда, когда я выяснял, чем детерминировано подобное состояние, я обнаруживал не одну побудительную причину, а группу аналогичных травматических случаев (см. прекрасные примеры в истории болезни фрау Эмми фон Н.). В большинстве подобных случаев выяснялось, что интересующий нас симптом возникал уже после первой травмы, но вскоре исчезал до тех пор, пока очеред-

ная травма не вызывала его повторного появления и не приводила к его укоренению. Однако между этим временным проявлением симптома и его пребыванием в латентном состоянии после первых травм, послуживших поводом к его возникнове-
GW 242 нию, нет принципиальной разницы, и в подавляющем большинстве случаев выяснялось, что первоначальные травмы не оставляли после себя след в виде симптома, между тем как травма, перенесенная позднее, вызывала появление симптома того же рода, формирование которого не обходилось, тем не менее, без влияния прежних травм, а для его разгадки необходимо было принимать в расчет все травмы. Если перевести это на язык конверсионной теории, то неоспоримый факт суммирования травм и первоначального пребывания симптома в латентном состоянии будет свидетельствовать о том, что конверсии могут
SE 174 с равным успехом подвергаться как недавние аффекты, так и аффекты, сохранившиеся в памяти, а это предположение в полной мере проясняет кажущееся противоречие между историей болезни фрейлейн Элизабет фон Р. и ее анализом.

Само собой разумеется, что здоровые люди способны в значительной степени выдерживать длительное пребывание в сознании представлений, связанных с неизбывным аффектом. Принцип, который я отстаиваю, имеет отношение лишь к поведению истериков, а не здоровых людей. Все зависит от количественных параметров, а точнее говоря, от того, *сколько* подобного аффектного напряжения может выдержать определенная организация. У истерика оно тоже может до известной степени сохраняться, не будучи избытым; однако если оно возрастает за счет суммирования аналогичных травм до такой степени, при которой индивид уже не в силах его выносить, то возникает повод для конверсии. Стало быть, представление о том, что формирование истерических симптомов может происходить и за счет аффектов, сохранившихся в памяти, является не каким-то экстравагантным измышлением, а скорее постулатом.

На этом я завершаю рассмотрение *мотива* и *механизма* развития истерии в данном случае; остается еще обсудить вопрос *детерминирования* истерического симптома. Почему за-

мещать душевную боль должны были именно боли в ногах? Обстоятельства болезни указывают на то, что это соматическое болевое ощущение не возникло из-за невроза, а лишь использовалось неврозом, усиливалось и сохранялось за счет него. GW 243
Спешу добавить, что в большинстве случаев появления истерических болей, которым мне удалось найти объяснение, происходило то же самое; вначале пациенты всегда ощущали подлинную боль, вызванную органическими причинами. Чаще всего определенная роль в истерии отводится самым обыкновенным, самым распространенным недугам человечества, прежде всего периостальным и невралгическим болям при заболевании зубов, головным болям, возникающим по самым разным причинам, и не реже — столь недооцененным ревматическим мышечным болям. Боли, возникшие у фрейлейн Элизабет фон Р. в ту пору, когда она еще ухаживала за больным отцом, я считаю органическими по природе. Когда я пытался отыскать хотя бы один психический фактор, послуживший поводом для их появления, она ничего мне об этом не сообщила, а я, признаюсь, склонен придавать своему методу пробуждения скрытых воспоминаний особое значение при дифференциальном диагностировании, если он применяется добросовестно. Ревматическая* SE 175
поначалу боль впоследствии стала для пациентки мнемоническим символом мучительного психического возбуждения, и, насколько я могу судить, на то была не одна причина. Пожалуй, произошло это прежде всего и главным образом из-за того, что возникла она почти в то же время, что и названное возбуждение в сознании; во-вторых, из-за того, что многое связывало или могло связывать ее с содержанием представлений той поры. Возможно, эта боль была всего лишь отголоском той поры, когда она ухаживала за больным отцом, и ей, как сиделке, приходилось мало двигаться и плохо питаться. Однако пациентка едва ли отдавала себе в этом отчет; пожалуй, привлекает внимание то обстоятельство, что ей доводилось испытывать боль в знаменательные моменты в период ухода за отцом, на-

* А может быть, спинально-неврастеническая? — *Прим. автора.*

пример в тот момент, когда зимой в холод она вскочила с кровати и босая бросилась на зов отца. Но по-настоящему реша-
GW 244 ющим для выбора направления конверсии должен был стать другой способ ассоциативной связи, продиктованный тем обстоятельством, что на протяжении многих дней одна ее болезненная нога соприкасалась с распухшей ногой отца, когда она меняла ему повязку. С тех пор определенное место на ее правой ноге, к которому прикасалась его нога, стало очагом и отправной точкой боли, искусственной истерогенной зоной, чье возникновение в данном случае вполне объяснимо.

Если бы кого-нибудь покоробила чрезмерная сложность и надуманность такой ассоциативной связи между душевной болью и психическим аффектом, то я бы заметил в ответ, что подобное удивление не более оправдано, чем удивление по поводу того, что «именно у богачей больше всего денег». Когда не имеется разветвленной связи, не возникает и истерический симптом, не открывается путь для конверсии; и я могу заверить, что заболевание фрейлейн Элизабет фон Р. в смысле детерминирования относится к числу простейших. Мне доводилось распутывать узлы и посложнее, особенно в случае фрау Сесилии М.

SE 176 Каким образом на почве этих болей взросла астазия-абазия нашей пациентки после того, как открылся определенный путь для конверсии, я уже описал в истории болезни. Впрочем, я отстаивал там и мнение о том, что пациентка заполучила или усугубила функциональное расстройство засчет символизации, что для своей несамостоятельности, неспособности хотя бы что-то изменить в жизни она нашла соматическую форму выражения в виде абазии-астазии, а такие выражения, как «не сойти с места», «не иметь опоры» и т. п., послужили мостом для этого нового акта конверсии. Постараюсь подкрепить это утверждение другими примерами.

По-видимому, для конверсии по причине синхронии при наличии ассоциативной связи от предрасположенности к истерии требуется совсем немного; для конверсии за счет сим-
GW 245 волизации, напротив, необходимо более сложное видоизменение истерии, какое, судя по достоверным сведениям, произошло

у фрейлейн Элизабет только на поздней стадии развития истерии. Наиболее показательные примеры символизации продемонстрировала мне фрау Сесилия М., заболевание которой можно назвать самым сложным и поучительным случаем истерии в моей практике. Я уже указывал на то, что, к сожалению, не вправе подробно излагать эту историю болезни.

Помимо прочего, фрау Сесилия страдала от невероятно сильной лицевой невралгии, которая неожиданно появлялась у нее два-три раза в год, держалась на протяжении пяти-десяти дней, какое бы лечение не предпринималось, а затем сама собой резко исчезала. Невралгия затрагивала лишь вторую и третью ветви тройничного нерва, а поскольку у пациентки, безусловно, была уратурия и определенную роль в истории ее болезни играл не вполне понятный «острый ревматизм», все это наводило на мысль о подагрической невралгии. Врачи, собиравшиеся на консилиум и наблюдавшие за каждым приступом невралгии, разделяли это мнение; невралгию пытались лечить обычными методами, проводя электростимуляцию, предписывая употреблять щелочную воду и слабительное, однако на нее ничего не действовало до тех пор, пока ей самой не заблагорассудилось уступить место другому симптому. В прежние годы — а невралгия одолевала пациентку в течение пятнадцати лет — всю вину за поддержание невралгии свалили на зубы; их приговорили к удалению, и в один прекрасный день семеро злодеев были казнены под наркозом. Далось это не так-то просто; зубы сидели настолько крепко, что корни их по большей части пришлось оставить. Никакого облегчения пациентке эта жуткая SE 177
операция не принесла, ни временного, ни стойкого. После этого невралгия свирепствовала у нее в течение нескольких месяцев. Когда я взялся за ее лечение, при приступах невралгии все еще посылали за дантистом; он всякий раз заявлял, что отыщет больной корень, приступал к поискам, но, как правило, его вскоре прерывали, поскольку неожиданно исчезала невралгия, а с нею и потребность в дантисте. В промежутках между приступами зубы не причиняли ей никакого беспокойства. Однажды, как раз в ту пору, когда у пациентки снова GW 246

бушевал приступ, я провел по ее просьбе лечение под гипнозом, энергично наложил на боли запрет, и с того момента они прекратились. Вот тогда у меня и появились сомнения в подлинности этой невралгии.

Приблизительно год спустя после того, как гипноз принес ей исцеление, болезнь фрау Сесилии приняла новый и неожиданный оборот. Внезапно у нее стали появляться ощущения, совершенно не похожие на то состояние, с которым она свыклась за последние годы, но, немного поразмыслив, пациентка заявила, что раньше с нею такое уже случалось и эпизоды эти были рассеяны по всему пространству ее болезни (растянувшейся на тридцать лет). И тут действительно обнаружилось на диво много истерических эпизодов, которые пациентка могла датировать определенным моментом в прошлом, а вскоре выявились и зачастую весьма запутанные мыслительные связи, определявшие последовательность этих эпизодов. Это напоминало серию картинок с пояснительным текстом. Наверное, нечто подобное имел в виду Питр[8], когда вел речь о своем délire ecmnésique*. Весьма примечательно было то, каким образом воспроизводилось подобное состояние, относящееся к прошлому. Сначала на фоне прекрасного самочувствия у пациентки появлялось особого оттенка патологическое настроение, которое она всегда недооценивала и объясняла обыкновенными событиями, произошедшими за последние несколько часов; затем по мере помутнения сознания у нее появлялись истерические симптомы: галлюцинации, боли, судороги, продолжительный громкий бред, и, наконец, вслед за ними в виде галлюцинации воскрешалось событие прошлого, которое могло послужить объяснением первоначального
SE 178 го настроения и детерминировать соответствующие симптомы. После того как разыгрывалась заключительная сцена припадка, все снова прояснялось, недомогание исчезало, как по волшебству, и она опять чувствовала себя прекрасно — до следующего
GW 247 припадка спустя полдня. Обычно за мной посылали, когда припадок был в самом разгаре, и я при помощи гипноза провоци-

* Délire ecmnésique *(франц.)* — экмнезический бред[9].

ровал воспроизведение травматического события и искусственным образом приближал окончание припадка. Пройдя с пациенткой несколько сотен таких циклов, я узнал много нового о детерминировании истерических симптомов. Именно наблюдение за этой примечательной пациенткой совместно с Брейером послужило непосредственным поводом для опубликования нашего «Предуведомления».

Наконец пришла пора и для воспроизведения событий, связанных с лицевой невралгией, лечением которой я сам занимался в свое время, когда приступ невралгии был текущим. Мне не терпелось узнать, не была ли невралгия обусловлена психическими факторами. Когда я попытался воскресить в памяти пациентки травматическую сцену, она тотчас преисполнилась чувством глубокой обиды на мужа, рассказала об одной беседе, состоявшейся между ними, об одной его реплике, которую она расценила как жестокое оскорбление, затем неожиданно схватилась за щеку, громко вскрикнула от боли и промолвила: «Я восприняла это как пощечину». Но тут боль и приступ разом прошли.

Не приходится сомневаться в том, что речь здесь шла о символизации; ей показалось, будто она и впрямь получила пощечину. Теперь меня спросят, каким образом ощущение того, что она получила «пощечину», могло привести к появлению внешних признаков невралгии тройничного нерва, затронувшей лишь вторую и третью его ветви, а также к обострению боли, когда она открывала рот и жевала (но не в те моменты, когда она говорила!).

На следующий день у нее снова появилась невралгия, только на этот раз ее удалось устранить благодаря воспроизведению другой сцены, которая тоже была связана с оскорблением. Так продолжалось девять дней; судя по всему, на протяжении многих лет оскорбления, особенно словесные, вызывали у нее GW 248
новые приступы лицевой невралгии путем символизации.

В конце концов мы добрались и до первого приступа невралгии (случившегося более пятнадцати лет назад). В данном случае произошла не символизация, а конверсия за счет синхро-

SE 179 нии; она уловила печальный взгляд и восприняла его как укор, который подал ей повод оттеснить вереницу других мыслей. Стало быть, в данном случае все сводилось к конфликту и защите; больше ничем объяснить появление невралгии в тот момент невозможно, если только не предположить, что тогда у нее слегка болели зубы и лицо, а это не так уж и маловероятно, поскольку в то время она как раз была на первых месяцах первой ее беременности.

Итак, судя по всему, эта невралгия стала отличительным признаком определенного психического возбуждения за счет обыкновенной конверсии, но в дальнейшем бередить ее могли созвучные ей ассоциации благодаря конверсионной символизации; собственно говоря, то же самое наблюдалось и в случае фрейлейн Элизабет фон Р.

Приведу второй пример, позволяющий показать, сколь действенной бывает символизация в других условиях: как-то у госпожи Сесилии разболелась правая пятка, она чувствовала колющую боль в пятке при ходьбе и не могла на нее ступить. В ходе анализа ей припомнилось, как она некогда оказалась в одной лечебнице за границей. Восемь дней она пролежала в своей палате, а потом за ней зашел лечащий врач, чтобы впервые сопроводить ее к табльдоту. Она ощутила боль в тот момент, когда взялась за его руку, намереваясь выйти из палаты; когда она воспроизводила эту сцену, боль исчезла, как только пациентка сказала, что тогда ею овладел страх, поскольку она не знала, сможет ли «правильно держать себя» в незнакомом обществе!

GW 249 Этот пример возникновения истерического симптома за счет символизации на основе расхожей фразы кажется убедительным, почти комическим. Однако при ближайшем рассмотрении всех обстоятельств предпочтительной представляется другая трактовка. В то время у пациентки вообще болели ноги, именно из-за этого она так долго не вставала с постели; и нельзя не согласиться с тем, что под влиянием страха, овладевшего ею в тот момент, когда она сделала первый шаг, из всех ее тогдашних болевых ощущений выбрана была именно подходящая

для символизации боль в правой пятке, дабы преобразовать ее в психическую альгезию и сохранить надолго.

В этих случаях механизму символизации отводится второстепенная роль, что в точности соответствует общему правилу, но я располагаю и другими примерами, подтверждающими возможность возникновения истерических симптомов исключительно за счет символизации. Один из самых красноречивых касается все той же фрау Сесилии. Однажды, когда ей было SE 180
пятнадцать лет, она лежала в постели под присмотром своей строгой бабушки. Неожиданно девушка вскрикнула, ощутив во лбу над переносицей сверлящую боль, которая продержалась у нее после этого в течение недели. В ходе анализа этого болевого ощущения, которое было воспроизведено ею спустя почти тридцать лет, она сообщила, будто бабушка бросила на нее тогда столь «сверлящий» взгляд, что тот словно пронзил ей лоб. Она боялась, что пожилая женщина смотрит на нее с недоверием. Высказывая эту мысль, она неожиданно расхохоталась, и боль тут же прошла. Я усматриваю в этом не что иное, как механизм символизации, который в известном смысле представляет собой нечто среднее между механизмом самовнушения и механизмом конверсии.

Во время наблюдения за фрау Сесилией М. мне удалось собрать настоящую коллекцию образчиков подобной символизации. Многие физические ощущения, которые обыкновенно считаются органическими по природе, имели у нее психиче- GW 250
ское происхождение или, по меньшей мере, могли так истолковываться. Определенные переживания сопровождались у нее ощущением покалывания в области сердца («У меня от этого сердце закололо»). Истерическую боль, которая пронизывает голову, точно гвоздь, она старалась унять так, словно ее изводила какая-то мысль («У меня что-то засело в голове»); боль действительно проходила всякий раз, когда волновавшая ее проблема разрешалась. В момент оскорбления у нее возникало ощущение истерической ауры в горле, которому сопутствовали такие мысли: мне придется это проглотить. Насчитывался целый ряд сопутствующих друг другу ощущений и представ-

лений, при которых то ощущение вызывало определенное представление, позволяющее его истолковать, то представление создавало за счет символизации определенное ощущение, а нередко бывало трудно разобрать, какой из двух элементов появился раньше.

На моей памяти ни одна другая пациентка не обращалась столь часто к символизации. Правда, фрау Сесилия М. была необыкновенно одаренной личностью, особенно в смысле художественном, об утонченности эстетического чувства которой свидетельствовали изящные стихи, что она слагала[10]. Но я утверждаю, что индивидуального и произвольного в том, что истеричка находит соматическую форму выражения эмоционально окрашенного представления, меньше, чем может
SE 181 показаться. Когда она буквально воспринимает какое-нибудь выражение и принимает «укол в сердце» или полученную из-за оскорбительного замечания «пощечину» за подлинные события, она не утрирует, а лишь вдыхает новую жизнь в ощущения, на которых зиждятся расхожие выражения. Отчего бы нам вздумалось говорить, что от обиды может «кольнуть сердце», если бы обида и впрямь не сопровождалась похожими ощущениями в области сердца и не была бы именно
GW 251 этим примечательна? Почему бы не предположить, что выражение «проглотить обиду», то есть смолчать в ответ на оскорбление, не навеяно подлинными ощущениями, связанными с иннервацией, которые возникают в глотке в тот момент, когда теряешь дар речи и не можешь ответить на оскорбление? Все эти ощущения и виды иннервации являются «выражением душевных порывов», в основе которых, как объяснил нам Дарвин, лежат функции, бывшие первоначально осмысленными и целесообразными; возможно, ныне они чаще всего столь ослаблены, что соответствующие им выражения представляются нам метафорами, но велика вероятность того, что некогда все это воспринималось буквально, и вполне закономерно, что при истерии обостренная иннервация заставляет возвращать словам их первоначальное зна-

чение. Возможно, даже неверно говорить, что истерия создает эти ощущения за счет символизации; быть может, истерия не берет за образец словоупотребление, а черпает вместе с ним из общего источника*.

* Когда происходят глубокие психические изменения, случается и так, что более замысловатые обороты речи получают явное символическое выражение в виде чувственных образов и ощущений. Одно время все мысли фрау Сесилии М. превращались в галлюцинации, для разгадывания которых зачастую требовалось недюжинное остроумие. Она жаловалась мне на то, что ей докучает одна галлюцинация, ей кажется, будто бы обоих ее врачей — Брейера и меня — повесили в саду на двух соседних деревьях. Галлюцинация исчезла после того, как в ходе анализа раскрылась следующая история: накануне вечером Брейер отклонил ее просьбу выдать ей одно лекарство, и тогда она понадеялась на меня, но я оказался столь же неуступчивым. Она рассердилась на нас и в сердцах подумала: один другого стоит, один к другому довесок! — *Прим. автора.*

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ЙОЗЕФ БРЕЙЕР

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

В «Предуведомлении», предваряющем наши исследования, мы изложили те мысли, на которые навели нас наблюдения, и я полагаю, что по существу они верны. Однако ради краткости нам пришлось по большей части ограничиться в «Предуведомлении» лишь намеками на наши соображения. Поэтому и позволительно теперь, когда соображения наши подкреплены историями болезни, изложить их более обстоятельно. Разумеется, мы и здесь не собираемся рассматривать «истерию в целом», да это и невозможно, однако следует более подробно, вразумительно, а может быть, и с известными оговорками разъяснить все то, что не получило в «Предуведомлении» должного обоснования и было там лишь слегка намечено. WT 203 SE 185

На нижеследующих страницах о мозге мы ведем речь редко, а о молекулах и вовсе не упоминаем. Психологические процессы следует описывать на языке психологии, пожалуй, иначе их и описать-то невозможно. Если мы заменили бы слово «представление» словосочетанием «возбуждение в коре головного мозга», то последнее могло бы показаться нам понятным только потому, что, несмотря на новый наряд, мы угадали бы в нем черты старого знакомца и без лишнего шума восстановили бы в правах былое «представление». Ибо представления возникают у нас постоянно и известны нам досконально, а «возбуждение в коре головного мозга» представляется скорее неким постулатом, обозначением того, что мы только надеемся когда-нибудь познать. Подобная замена одних терминов другими напоминает бессмысленный маскарад.

Это может послужить оправданием того, что здесь в ходу почти исключительно психологические термины.

Вот еще к чему я заранее прошу проявить снисхождение. Когда наука стремительно развивается и совершенствуется, мысли, высказанные впервые одиночками, очень скоро стано-

вятся всеобщим достоянием. Взявшись изложить свои сообра-
WT 204 жения по поводу истерии и ее психических причин, уже не-
SE 186 возможно не высказать и не повторить множество тех мыслей, которые некогда были собственностью одного ума, а ныне принадлежат всем. Едва ли теперь можно установить, кто высказал их первым, поэтому ничего не стоит принять чужую мысль за свою собственную. Надеюсь, это послужит нам оправданием, если кому-то покажется, что мы приводим мало цитат и не проводим четкую границу между своими и чужими соображениями. То, что изложено на нижеследующих страницах, меньше всего претендует на оригинальность.

I. ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ВСЕ ИСТЕРИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ИДЕОГЕННЫМИ?

В «Предуведомлении» речь шла о психическом механизме «истерических феноменов», но не о «психическом механизме истерии», поскольку мы не стремились доказать, что означенный механизм, равно как и наша психическая теория истерических симптомов, всегда и везде остается в силе. Мы не считаем, что все истерические феномены возникают именно таким образом и являются идеогенными, то есть порождением представлений. Тут мы не согласны с Мебиусом[1], который предложил в 1888 году следующее определение: «Истерическими являются все патологические феномены, обусловленные представлениями». Позднее он добавил, что лишь некоторые патологические феномены вторят с точки зрения содержания представлениям, из-за которых они возникли, а именно те из них, что были вызваны внушением, произведенным извне, или самовнушением; это происходит, например, в том случае, когда возникшая у пациентки мысль о том, что рука ей не повинуется, вызывает паралич руки. Другие истерические феномены, хотя и обусловлены представлениями, с точки зрения содержания им не соответствуют; например, в одной нашей истории болезни упоминается о том, что паралич руки возникал у пациентки при виде предмета, похожего на змею.

Предлагая такое определение, Мебиус не намеревается внести в терминологию изменения, в соответствии с которыми истерическими следовало бы впредь называть только идеогенные симптомы, порожденные представлениями, а попросту полагает, будто все истерические симптомы являются идеогенными. «Поскольку представления очень часто служат причиной появления истерических симптомов, мы полагаем, что они являются таковыми всегда». Это он называет заключением по аналогии; я бы назвал это скорее обобщением, которое следовало бы еще проверить на предмет правомочности. WT 205

Прежде чем что-либо обсуждать, очевидным образом, необходимо уточнить, что именно мы называем истерией. Я называю истерией болезнь, картина которой обнаружена опытным путем и составлена на основе наблюдений, точно так же как картина легочной чахотки при туберкулезе. Приобретая новые знания, мы вносим поправки и уточнения в картину болезни, известную по опыту, но при этом не можем, да и не должны разрывать ее в клочья. Как явствует из результатов этиологических исследований, отдельные патологические процессы, развивающиеся при легочной чахотке, обусловлены различными факторами; туберкулез вызывают палочки Коха, а распад ткани, образование каверн, септическую лихорадку — другие микробы. Тем не менее туберкулезная чахотка является целостным заболеванием и неверно было бы растаскивать его на части, объявляя «специфически туберкулезными» лишь те изменения тканей, которые вызваны палочками Коха. Точно так же должно сохранять и целостность истерии, даже если выяснится, что симптомы ее обусловлены различными факторами: одни возникли за счет действия психического механизма, а другие появились без его помощи. SE 187

А в том, что так оно и есть, лично я убежден. Лишь некоторые истерические феномены являются идеогенными, а если принять на веру определение Мебиуса, то придется разделить на две половины не только саму истерию, но и каждый симптом, возникший у одного и того же больного.

По аналогии с заключением по аналогии, к которому пришел Мебиус, можно было бы заключить: «Поскольку представ-

ления и ощущения очень часто вызывают эрекцию, мы предполагаем, что только они ее всегда и вызывают, и даже периферические импульсы должны пройти окольным путем, через психику, прежде чем послужить причиной развития этого вазомоторного процесса». Несмотря на очевидную ошибочность
WT 206 этого заключения, подкрепить его можно было бы никак не меньшим количеством фактов, чем тезис Мебиуса, касающийся истерии. Если уж на то пошло, то следует скорее предположить, что, по аналогии со множеством физиологических процессов, как то слюнотечение, слезоотделение, изменение сердечной деятельности и т. п., процесс этот может развиваться как под влиянием представлений, так и под воздействием периферических или каких-то других, но только не психических раздражителей. Доказать обратное покамест не удалось. Так что можно с уверенностью сказать, что многие симптомы, именуемые истерическими, обусловлены не только представлениями.

SE 188 В пример можно привести самый заурядный случай. Скажем, у какой-то женщины при малейшем волнении проступают на шее, груди и лице красные пятна, которые затем сливаются воедино. Их появление обусловлено представлениями, и, стало быть, согласно определению Мебиуса, они являются истерическими симптомами. Однако аналогичное, хотя и более локальное, покраснение наблюдается у нее и при раздражении кожи, при прикосновении и т. д. Выходит, что оно истерическим симптомом не является. Стало быть, один и тот же симптом бывает порой истерическим, а иной раз таковым не бывает. Остается лишь гадать о том, относится ли данный эретизм сосудодвигательных нервов к числу специфических истерических симптомов или является обычным признаком «чрезмерной возбудимости нервов». Но если строго придерживаться определения Мебиуса, то единое явление все равно придется разложить на части, признав истерическим лишь то покраснение, которое было вызвано волнением.

Точно так же обстоит дело и с истерическими болями, которым уделяется столько внимания на практике. Казалось бы, уж они-то обусловлены зачастую только представлениями и являются, по существу, «болевыми галлюцинациями». Но при

ближайшем рассмотрении выясняется, что одного представления, каким бы ярким оно ни было, недостаточно для того, чтобы вызвать боль, а необходимы еще особые изменения в состоянии аппарата, отвечающего за проведение импульсов боли и болевую чувствительность, как необходимо и повышение степени возбудимости сосудодвигательных нервов для того, чтобы на коже при волнении проступили красные пятна. Безусловно, само словосочетание «болевая галлюцинация» весьма метко характеризует эту невралгию, но заодно заставляет нас прикладывать к ней такие же мерки, с какими мы привыкли подходить к галлюцинациям. Обстоятельный разговор на тему галлюцинаций был бы здесь неуместен. Поэтому скажу лишь одно: на мой взгляд, «представление», мнемонический образ, не подкрепленный возбуждением перцептивного аппарата, WT 207 каким бы ярким и живым этот образ ни был, никогда не сможет приобрести черты объективной реальности, каковые отличают галлюцинацию*.

То же самое можно сказать даже о галлюцинациях, затрагивающих чувства, а уж тем более о болевых галлюцинациях. Ибо SE 189 едва ли здоровый человек способен придать воспоминанию о телесной боли хотя бы то правдоподобие, то отдаленное сходство с ощущением подлинным, какого удается достичь, воскрешая в памяти зрительные образы и звуки. Я полагаю, что даже

* Этот перцептивный аппарат, включающий в себя и чувствительные области в коре головного мозга, должен отличаться от того органа, который сохраняет и воспроизводит чувственные впечатления в виде мнемонических образов, ибо основной предпосылкой деятельности аппарата восприятия является скорейшее *restitutio in statum quo ante* (*лат.*, возвращение к прежнему состоянию); иначе было бы невозможным дальнейшее адекватное восприятие. Залогом воспоминания, напротив, является то, что подобное восстановление не происходит, и восприятие любого ощущения влечет за собой непреходящие изменения. Один и тот же орган не может удовлетворять разом двум взаимоисключающим требованиям; зеркало телескопа не может служить заодно и фотографической пластинкой. Поэтому я присоединяюсь к мнению Мейнерта[2] с одной оговоркой: черты реальности галлюцинациям действительно придает именно возбуждение, но только не подкорковых центров, как считает Мейнерт, а перцептивного аппарата. Если же возбуждение органа восприятия вызывает мнемонический образ, то мы вправе предположить, что степень его возбудимости не соответствует норме, благодаря чему и создаются условия для возникновения галлюцинации. — *Прим. автора.*

во сне, в том состоянии, при котором у здорового человека естественным образом возникают галлюцинации, никогда не пригрезится боль, если спящий на самом деле ее не испытывает. De norma* вызвать боль за счет «возвратного» возбуждения перцептивного аппарата, которое направляется из органа памяти при возникновении представлений, еще сложнее, чем вызвать таким же образом зрительные или слуховые ощущения. Если при истерии с такой непринужденностью возникают галлюцинации, то степень возбудимости аппарата, отвечающего за болевые ощущения, наверняка повышена.

Но и в этом случае боль возникает не только из-за представлений, но и под воздействием периферических раздражителей, точно так же как вышеописанный эретизм сосудодвигательных нервов.

Мы ежедневно сталкиваемся с тем, что у людей в нервном отношении здоровых возникают периферические боли, обусловленные развитием патологических процессов в других органах, которые сами по себе боли не причиняют; например, го-
WT 208
SE 190
ловная боль может возникнуть из-за довольно незначительных изменений в носу или околоносовых пазухах[3], а межреберная невралгия или невралгия плечевого сплетения — из-за сердечных недомоганий. Если больной отличается чрезмерной возбудимостью, которой, по нашему мнению, обусловлены болевые галлюцинации, то его возбудимость, так сказать, предоставлена в распоряжение вышеуказанной иррадиации. Даже у тех, кто не страдает нервическими расстройствами, иррадиация становится со временем более выраженной и принимает такие формы, в каких она проявляется только у нервнобольных, хотя и обусловлена действием того же механизма. Например, боль в области яичников, на мой взгляд, напрямую связана с состоянием половых органов. То обстоятельство, что эту боль, как и любые другие болевые ощущения, удается вызвать в виде галлюцинации под гипнозом, а спровоцировать ее появление могут и психические факторы, еще не доказывает, что она возникает только через посредство психики. Подобно эритеме или любой нормальной секреции, она обусловлена как психическими, так и сугубо физическими факторами. Как же нам быть: назвать

* De norma *(лат.)* — в норме.

истерической лишь ту боль, которая, по нашим сведениям, имеет психическое происхождение? Но ведь тогда нам придется исключить из комплекса истерических симптомов обычную боль в области яичников, а это едва ли допустимо.

Тяжелый невроз, связанный с суставом и постепенно развившийся после легкой травмы этого сустава, безусловно, обязан своим возникновением определенным психическим факторам: из-за того, что внимание пострадавшего сосредоточено на поврежденной конечности, соответствующие нервные пути становятся более возбудимыми; но это не означает, что повышенная чувствительность сустава в буквальном смысле обусловлена представлениями.

То же самое можно сказать о патологическом снижении чувствительности. Трудно вообразить, а еще труднее доказать, что анальгезию всего тела или какой-то части тела, не сопровождаемую анестезией, вызывают представления. И даже если бы полностью подтвердились данные Бине и Жане[4], которые установили, что гемианестезия[5] обусловлена особым психическим состоянием, расщеплением психики, то ее следовало бы назвать психогенным, но никак не идеогенным феноменом, а значит, согласно определению Мебиуса, она не была бы истерическим симптомом.

Коль скоро многие типичные истерические феномены, по всей SE 191
вероятности, идеогенными не являются, тезис Мебиуса можно WT 209
смягчить. Не будем утверждать, что «истерическими являются только те симптомы, которые возникли по вине представлений», а ограничимся следующим предположением: очень многие истерические феномены, возможно, в большей степени, чем кажется ныне, являются идеогенными. Однако основным патологическим фактором, за счет которого могут оказывать болезнетворное воздействие как представления, так и непсихологические раздражители, всегда является изменение степени возбудимости нервной системы*. А вот до какой степени это изменение обусловлено психическими факторами, это — вопрос другой.

* *Оппенгейм*. Лабильность молекул[6]. Возможно, в будущем удастся заменить весьма приблизительное определение, которым мы воспользовались выше, более точной и емкой формулой. — *Прим. автора.*

Стало быть, если идеогенными и являются лишь некоторые истерические феномены, то хотя бы их можно назвать специфическими истерическими симптомами, а значит, благодаря изучению этих симптомов и определению их психической этиологии можно внести существенный вклад в теорию означенного заболевания. Попытаемся ответить на следующий вопрос: как они возникают, каков «психический механизм» этих феноменов?

Ответ на поставленный вопрос зависит от принадлежности интересующего нас симптома к одной из двух групп, на которые Мебиус разделил идеогенные симптомы. Симптомы, соответствующие, с точки зрения содержания, исходному представлению, вполне объяснимы и доступны пониманию. То, что воспоминание об услышанном некогда голосе не просто вызывает знакомые отзвуки в душе, внятные «внутреннему слуху» здорового человека, а приобретает характер галлюцинации и воспринимается как подлинное, объективное слуховое ощущение, можно объяснить, опираясь на предположение об изменении степени возбудимости. Как известно, то же самое происходит со здоровым человеком, когда он грезит во сне. Все мы знаем, что, совершая произвольное движение, человек представляет себе результат, которого он хотел бы добиться, и благодаря этому представлению напрягаются мышцы соответствующей группы; доступно пониманию и то, что мысль о невозможности какого-то действия может помешать его выполнению. (Паралич, вызванный внушением.)

WT 210 Иначе обстоит дело с теми феноменами, которые не имеют логической связи с исходными представлениями. (Нечто подобное происходит и со здоровыми людьми, когда они, например, краснеют от стыда.) Спрашивается, каким образом возникают эти феномены, почему определенное представление заставляет больного человека совершать именно такое, абсолютно иррациональное действие и вызывает у него именно такую, вполне несообразную с ним галлюцинацию?

Мы рассчитывали дать кое-какие разъяснения по поводу этой
SE 192 причинно-следственной связи в «Предуведомлении», основыва-

ясь на наших наблюдениях. Однако ограничились лишь тем, что безо всяких объяснений стали использовать понятие возбуждения, которое необходимо излить или отреагировать[7]. Это понятие, будучи основополагающим для теории истерии и учения о неврозах в целом, тем не менее требует и заслуживает более тщательного изучения. Прежде чем приступить к этому исследованию, я хотел бы принести извинения за то, что нам придется опять затронуть основные вопросы, связанные с устройством нервной системы. Подобное «нисхожденье к Матерям»[8] всегда действует немного угнетающе; однако когда пытаешься докопаться до корней какого-то явления, волей-неволей приходится продвигаться вглубь. Прошу поэтому проявить снисхождение к нижеследующим соображениям, которые поначалу могут показаться запутанными!

II. ВНУТРИМОЗГОВОЕ ТОНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ — АФФЕКТЫ

А. Как известно, сон без сновидений и бодрствование, при котором сознание остается совершенно ясным, представляют собой два предельных состояния центральной нервной системы. Между ними располагаются всевозможные переходные состояния, при которых степень ясности сознания более или менее снижена. В данном случае нас интересуют не психические (химические или вазомоторные) факторы, которыми обусловлен сон, и не его предназначение, а коренные различия между сном и бодрствованием.

Мы не можем судить о глубоком сне на основании опыта, поскольку состояние беспамятства, в котором мы в этот момент пребываем, не позволяет вести какие бы то ни было непосредственные наблюдения. Что же касается сна со сновидениями, то мы знаем, что человеку, пребывающему в таком состоянии, кажется, будто он совершает произвольные движения, говорит, ходит и т. д., но это не вызывает произвольное сокращение WT 211

мышц, какое происходит во время бодрствования; знаем мы и
SE 193 о том, что раздражение, воздействующее во время сна на органы чувств, доступно перцепции (поскольку такие ощущения зачастую проникают в сновидение), но, скорее всего, недоступно апперцепции, то есть сознательному восприятию, и если во время бодрствования вслед за одним представлением в памяти всплывают все связанные с ним представления, то во время сна неподвижными остаются целые пласты воспоминаний (например, снится, что беседуешь с покойным, но не можешь вспомнить о том, что он уже умер); нам известно, что во сне могут разом возникать несовместимые представления, сдерживающие друг друга во время бодрствования, а значит, связи между представлениями во время сна ослаблены. Поэтому мы вправе предположить, что во время глубокого сна связь между психическими элементами вообще отсутствует.

Во время бодрствования, напротив, любое волеизъявление влечет за собой соответствующее движение, ощущения воспринимаются сознательно, представления увязываются со всеми наличными воспоминаниями и мозг функционирует как единая система, все элементы которой взаимосвязаны.

Скорее всего, мы попросту опишем те же факты другими словами, если скажем, что во время сна связующие и проводящие нервные пути в мозгу не обладают проходимостью, необходимой для передачи возбуждения психическим элементам (возможно, клеткам коры головного мозга), этой проходимостью они в полной мере обладают во время бодрствования.

Невозможно объяснить то обстоятельство, что проводящие нервные пути могут становиться непроходимыми, если не предположить, что во время бодрствования они пребывают в состоянии тонического возбуждения (которое Экснер[9] именует межклеточным столбняком), и именно этим внутримозговым тоническим возбуждением обусловлена их проходимость, а когда тоническое возбуждение идет на спад или убывает, человек погружается в сон.

Было бы неверно сравнивать проводящий нервный путь в мозгу с телефонным проводом, подвергающимся электрическому возбуждению лишь в тот момент, когда по нему переда-

ется сигнал; скорее, он подобен тем телефонным линиям, по которым постоянно движется гальванический ток и в которых после его исчезновения вызвать возбуждение уже невозможно. Обратимся, пожалуй, к более удачному сравнению. Представим себе осветительную электроустановку, снабженную разветвленной системой проводки и предназначенную для передачи электроэнергии на расстояние; устроена она должна быть таким образом, чтобы можно было зажечь лампу или запустить WT 212 двигатель, просто подключив их к проводке. Дабы установка всегда была готова к работе, напряжение в электрической сети SE 194 должно сохраняться и в тот момент, когда она бездействует, с каковой целью динамомашине приходится расходовать некоторое количество энергии. Аналогичным образом сохраняется определенное количество энергии и в проводящих нервных путях мозга, пребывающего во время бодрствования в состоянии покоя, но готового в любое мгновение приступить к работе*.

В пользу этого предположения свидетельствует тот факт, что бодрствование само по себе, даже при полной праздности, утомляет и вызывает потребность в сне; оно само по себе подразумевает затрату энергии.

* Позволим себе в двух словах описать представление, лежащее в основе вышеизложенных соображений. Принято полагать, что чувствительные и сенсорные нервные клетки просто воспринимают раздражение; это неверно хотя бы потому, что само существование системы взаимосвязанных нервных волокон свидетельствует о том, что возбуждение передается из этих клеток в нервные волокна. В нервном волокне, которое *per continuiatem* или *per contiguitatem* (*лат.*, зд.: будучи их продолжением или располагаясь между ними) скрепляет пару сенсорных нервных клеток, должно нагнетаться напряжение, когда в него устремляется поток возбуждения из обеих клеток. На поток возбуждения, хлынувший, скажем, в периферическое, двигательное волокно, это напряжение влияет точно так же, как гидростатическое давление на кинетическую энергию льющейся воды или электрическое напряжение на электрический ток. Когда все нервные клетки пребывают в состоянии умеренного возбуждения, поступающего в их отростки, гигантская нервная сеть становится единым хранилищем «нервного напряжения». Стало быть, следовало бы предположить, что, наряду с потенциальной энергией, покоящейся в самом веществе нервной клетки, и той неизученной кинетической энергией, которая вырабатывается при возбуждении нервных волокон, существует и нервное возбуждение в состоянии покоя, тоническое возбуждение или нервное напряжение. — *Прим. автора.*

Представим себе человека, пребывающего в состоянии напряженного ожидания, при котором все чувства его обострены. Мозг его находится в состоянии покоя, но готов к действию. Мы
SE 195 вправе предположить, что в этот момент степень проходимости его проводящих нервных путей возрастает до предела. В обиходе это состояние весьма точно именуется напряжением. Судя по опыту, состояние это может быть крайне утомительным и тягостным, несмотря на то что никаким физическим или умственным трудом человек в данный момент не занят.

WT 213 В таком состоянии человек пребывает лишь в исключительных случаях, поскольку на поддержание нервного напряжения затрачивается столько энергии, что выносить его подолгу просто невозможно. Во время обычного бодрствования уровень внутримозгового возбуждения тоже колеблется в пределах, которые не назовешь широкими, но пропорционально снижению степени ясности сознания в том или ином состоянии, начиная с бодрствования и заканчивая сонливостью и сном как таковым, уровень возбуждения снижается.

Разумеется, когда мозг по-настоящему выполняет работу, потребляется больше энергии, чем требуется для поддержания его в состоянии готовности к работе (так от электроустановки, которую мы привели в пример выше, должно поступать больше энергии в систему электропроводки, когда к ней подключено много ламп или двигателей). Если система функционирует нормально, то в ходе деятельности вся высвободившаяся энергия тут же потребляется. Однако мозг подобен электроустановке, которая обладает некоей предельной мощностью и не может одновременно давать много света и производить механическую работу. Когда подается электроэнергия для двигателей, меньше энергии остается для освещения, и наоборот. Поэтому мы замечаем, что при сильном напряжении мышц невозможно надолго погрузиться в размышления, а при обострении чувств снижаются функциональные способности других отделов мозга, иначе говоря, мозг может расходовать то или иное количество энергии, но в известных пределах.

Энергия распределяется неравномерно из-за того, что в нервной системе происходит, по словам Экснера, «сосредото-

ченное проторение», в ходе которого степень проходимости задействованных проводящих путей возрастает, а степень проходимости иных проводящих путей снижается, поэтому и в самом мозге во время работы «внутримозговое тоническое возбуждение» распределено неравномерно*.

Когда мы будим спящего, величина тонического возбуждения у него в мозгу резко возрастает, поскольку на чувства его SE 196
воздействует сильный раздражитель. Являются ли ключевыми звеньями этой причинно-следственной цепи изменения WT 214
мозгового кровообращения, обусловлено ли происходящее расширением кровеносных сосудов под воздействием раздражения или же возбуждением клеток коры головного мозга, — обо всем этом можно только гадать. Доподлинно известно лишь то, что возбуждение, проникнувшее вовнутрь через врата чувств, распространяется по всему мозгу, рассеивается и способствует повышению степени проходимости всех проводящих путей.

О том, как происходит самопроизвольное пробуждение, всегда ли возбуждение охватывает один и тот же отдел мозга, из которого затем распространяется по всей нервной системе, или эту функцию каждый раз выполняют разные группы нервных клеток, мы знаем и того меньше.

Однако то обстоятельство, что пробуждение может происходить самопроизвольно даже при отсутствии каких бы то ни было внешних раздражителей, когда вокруг спящего царит тишина и темнота, свидетельствует о том, что сам процесс жизнедеятельности клеток мозга сопровождается выработкой энергии.

---

* Предположение о том, что величина энергии центральной нервной системы колеблется, а сама энергия распределяется по всему мозгу неравномерно, высказывалось уже давно. «La sensibilité, — писал Кабанис[10], — semble se comporter à la manière d'un fluide dont la quantité totale est determinée et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionellement dans les autres». Цит. по: *Janet.* État mental, II. P. 277. («Чувствительность можно уподобить жидкости, количество которой ограничено, и всякий раз, когда в одни каналы прибывает ее слишком много, в других каналах она соразмерно убывает».)— *Прим. автора.*

Мышца остается покойной, в ней не нарастает раздражение, даже если она долго пребывала в состоянии покоя и уже успела окрепнуть. С клетками мозга все обстоит иначе. Мы вправе предположить, что во время сна они пополняют запасы энергии и копят силы. Когда величина накопленной энергии достигает определенного уровня, избыточная энергия устремляется в проводящие пути, производит их проторение и вызывает возбуждение в мозгу, вследствие чего спящий пробуждается.

Весьма поучительно было бы проследить за развитием аналогичного процесса во время бодрствования. Когда бодрствующий мозг дольше обычного пребывает в состоянии покоя, не преобразовывая силу напряжения в кинетическую энергию за счет деятельности, возникает неодолимая жажда деятельности. Длительное пребывание в состоянии покоя порождает по-
SE 197 требность в движении (по этой причине пойманные звери бесцельно мечутся в клетке), и если данную потребность удовлетворить невозможно, возникает тягостное ощущение. Отсутствие чувственных раздражителей, беспросветный мрак, мертвая тишина оборачиваются невыносимыми мучениями; когда ум впадает в спячку, когда возникает слишком мало мыслей, фантазий и ассоциаций, человека изводит скука. Это ощущение неудовольствия обусловлено «взбудораженностью чувств», чрезмерным внутримозговым возбуждением.

Стало быть, даже когда клетки мозга пребывают в состоянии покоя, восполнив запас энергии, часть этой энергии высвобождается и вызывает прирост возбуждения, поскольку не
WT 215 употребляется для выполнения тех или иных функций. Это и порождает ощущение неудовольствия, которое возникает всякий раз, когда какая-то потребность не удовлетворяется. Коль скоро означенное ощущение исчезает, стоит лишь употребить высвободившуюся избыточную энергию для выполнения какой-нибудь функции, мы можем заключить, что избывание излишней энергии является потребностью организма, а этот вывод, в свой черед, наводит нас на мысль о том, что в организме прослеживается «тенденция к сохранению константы внутримозгового возбуждения» (Фрейд)[11].

Избыточная энергия обременяет и тяготит, поэтому и возникает влекущее желание ее употребить. Когда невозможно употребить излишнюю энергию, не выходя за рамки умственной деятельности, человек пытается избыть ее, совершая бессмысленные движения, блуждая из угла в угол и т. д. Как явствует из дальнейшего, именно посредством таких действий чаще всего и производится разрядка чрезмерного напряжения.

Как известно, в этом отношении люди разительно отличаются друг от друга: неуемный деятельный человек отличается от медлительного увальня; тот, кто «не может ни минуты усидеть на месте», отличается от того, кто «обладает врожденной способностью сиднем сидеть на кушетке»; остроумный и сообразительный человек отличается от туповатого малого, который может сколь угодно долго обходиться безо всякого умственного труда. Все эти качества, составляющие в совокупности «душевный темперамент» каждого человека, обусловлены, по всей видимости, индивидуальными особенностями его SE 198
нервной системы и объемом энергии, которая высвобождается в тот момент, когда клетки его мозга пребывают в состоянии покоя.

Итак, организм стремится к тому, чтобы уровень внутримозгового тонического возбуждения оставался неизменным; мы не сможем это уяснить, если не рассмотрим потребности, которые таким образом удовлетворяются. Мы понимаем, зачем температура тела у теплокровных существ поддерживается на среднем уровне, поскольку по опыту знаем, что при такой температуре создаются оптимальные условия для деятельности внутренних органов. Столь же естественным мы считаем и стремление к тому, чтобы неизменным оставался уровень содержания воды в крови и т. д. Полагаю, что уровень внутримозгового тонического возбуждения тоже может быть оптимальным. Когда тоническое возбуждение достигает этого уровня, мозг обретает способность воспринимать любое внешнее раздражение, все рефлексы проторяются, но лишь в той степени, в какой это необходимо для осуществления нормальной рефлекторной деятельности, все представления можно вос-

WT 216 кресить в памяти, устанавливая между ними связь и соразмеряя отдельные представления в соответствии со здравым смыслом; в этом состоянии степень готовности мозга к работе достигает максимального предела. Но даже при таком равномерном повышении степени возбуждения, какое происходит во время «ожидания», состояние заметно меняется. На фоне обострившейся чувствительности любое раздражение начинает вызывать неприятные, болезненные ощущения, а степень рефлекторной возбудимости становится неоправданно завышенной (что выражается в виде пугливости). Разумеется, в некоторых обстоятельствах это необходимо и целесообразно; но если человек погружается в такое состояние самопроизвольно, безо всякого повода, то способности его от этого отнюдь не возрастают, а скорее, снижаются. В подобных случаях принято говорить, что тот или иной человек «нервничает». Чрезмерное возбуждение может принимать всевозможные формы, но напрямую вредит способностям человека только неравномерное, резкое перевозбуждение. Мы называем это состояние «взбудораженностью». Нет ничего удивительного в том, что, по аналогии с другими процессами регуляции, протекающими в организме, в этом состоянии тоже возникает стремление удержать возбуждение на оптимальном уровне и восстановить равновесие после того, как возбуждение этот уровень превысило.

Позволим себе еще раз привести в пример осветительную электроустановку. Определенный уровень напряжения в электрической сети тоже является оптимальным; при превышении этого уровня запросто могут произойти сбои в работе системы, например, может моментально перегореть нить накала в
SE 199 лампе. О том, чем грозит электроустановке повреждение изоляции и «короткое замыкание», мы поговорим немного позже.

Б. В нашем языке, вобравшем в себя весь опыт, накопленный многими поколениями, с поразительной точностью передаются нюансы состояния, позволяющие отличить возбуждение, принимающее такую форму и достигающее такой степени, при которой оно все еще способствует умственной деятельности,

поскольку вызывает равномерный прирост энергии во всех функциональных системах мозга, от того возбуждения, каковое ей припятствует, так как вызывает неравномерный прирост энергии, что приводит к активизации одних и торможению других психических функций.

В первом случае возбуждение называют «воодушевлением», а во втором случае — «взбудораженностью». Увлекательная беседа, чашка бодрящего чая или кофе воодушевляют; словесная перепалка или слишком большая доза алкоголя будоражат. Если воодушевление пробуждает влекущее желание употребить возросшее возбуждение для выполнения какой-нибудь функции, WT 217
то человек взбудораженный, пытаясь унять возбуждение, вынужден совершать более или менее порывистые, балансирующие на грани патологии или сугубо патологические жесты. Перевозбуждение создает психофизиологические предпосылки для возникновения аффектов, о которых и пойдет речь в дальнейшем. Но сперва следует в общих чертах обрисовать физиологические, эндогенные факторы, вызывающие прирост возбуждения.

К их числу относятся прежде всего неудовлетворенные насущные физиологические и инстинктивные потребности, как то кислородное голодание, голод и жажда. У человека, взбудораженного по этой причине, всегда возникают определенные ощущения и конкретные представления, поэтому возбуждение его не просто растет, как в первом случае, когда оно обусловлено всего лишь тем, что клетки мозга пребывают в состоянии покоя, а приобретает особый оттенок. Однако признаки взбудораженности вполне различимы в смятении, охватывающем человека при появлении одышки, и в беспокойстве, которое вызывает чувство голода.

Возбуждение такого рода обусловлено изменением химического состава самого вещества клеток мозга, страдающих от недостатка кислорода, энергии или воды; при этом поток возбуждения направляется в русло преформированной двигательной активности, позволяющей удовлетворить исходную потребность; при появлении одышки человек прилагает все усилия

для того, чтобы отдышаться, а человек, страдающий от голода или жажды, ищет и находит пищу и воду. Когда человек взбу-
SE 200 доражен, правило поддержания неизменного уровня возбуждения едва ли остается в силе, ведь для организма гораздо важнее удовлетворить запросы, из-за которых возрастает возбуждение, чем восстановить нормальное функциональное состояние мозга. Хотя животные в зверинцах и начинают метаться по клетке незадолго до кормления, действия эти, скорее всего, следует расценивать как рудиментарное проявление преформированной двигательной активности, связанной с поисками пищи, но утратившей в неволе всякий смысл, а не как средство, позволяющее избавить нервную систему от перевозбуждения.

Когда химическая структура нервной системы меняется вследствие регулярного поступления инородного вещества, нехватка этого вещества влечет за собой такое же возбуждение, какое вызывает у здорового человека недостаток обычных питательных веществ; поэтому так взбудоражены наркоманы, воздерживающиеся от приема наркотиков.

WT 218 Связующим звеном между эндогенным возбуждением и психическим аффектом в узком смысле слова являются половое возбуждение и сексуальный аффект. На первых порах, в период полового созревания, половое возбуждение вызывает смутные, аморфные, неопределенные чувства. Как правило, с возрастом устанавливается прочная связь между этим эндогенным возбуждением, обусловленным деятельностью половых желез, и восприятием лиц другого пола или мыслью о них; а при влюбленности, которая являет собой удивительный феномен, возбуждение увязывается с мыслью о каком-то определенном человеке. Подобное представление подчиняет себе все возбуждение, высвобождаемое половым влечением; оно становится «аффективным представлением». Это означает, что, возникая в сознании, оно вызывает прирост возбуждения, хотя источником возбуждения является не само представление, а половые железы.

Половое влечение является, наверное, самым мощным источником возбуждения, которое сохраняется подолгу (и поэтому

чаще всего именно это влечение создает почву для неврозов); подобное возбуждение распределяется по нервной системе крайне неравномерно. Возрастая до предела, оно нарушает ход мыслей, иные представления утрачивают из-за этого былое значение, а во время полового акта в момент оргазма мышление почти полностью прекращается.

Страдает от этого и восприятие, психическая переработка SE 201
ощущений; животное, обычно пугливое и осторожное, теряет бдительность и перестает замечать опасность. Зато усиливается хищнический инстинкт (по крайней мере, у самцов); самое смирное животное остается опасным до тех пор, пока не сможет унять возбуждение засчет двигательной активности во время полового акта.

B. Аналогичное нарушение динамического баланса нервной системы, неравномерное распределение возросшего возбуждения, являет собой психическую ипостась аффекта.

Мы не будем пускаться в рассуждения о психических или физиологических особенностях аффекта, а затронем лишь один вопрос, имеющий большое значение для осмысления патологии, а точнее говоря, для постижения сущности идеогенных аффектов, возникающих в процессе восприятия или по вине представлений. (Ланге[12] верно заметил, что никак не меньше, чем
представлениями, аффекты могут быть обусловлены воздей- WT 219
ствием токсинов, а предпосылкой для их появления, судя по данным психиатрии, могут служить патологические изменения.)

Наверное, больше нет нужды доказывать, что нарастание возбуждения предшествует всем тем нарушениям психического баланса, которые мы называем острыми аффектами. (Хронические аффекты, скорбь и беспокойство, то есть тревога, приобретающая затяжной характер, усугубляют сильное утомление, из-за которого возбуждение по-прежнему распределяется неравномерно, а дисбаланс сохраняется, хотя величина возбуждения снижается). Однако в данном случае возросшее возбуждение невозможно использовать в сфере психической деятельности. Сильные аффекты всегда вносят разлад в ассоциативную связь, нарушают последовательность представлений. От бешен-

ства или от страха человек «теряет рассудок». В этот момент над его сознанием безраздельно властвуют те представления, которые вызвали аффект. Поэтому унять возбуждение с помощью ассоциативного мышления невозможно.

Что же касается «активных», «сильных» аффектов, то они позволяют унять возросшее возбуждение за счет двигательной разрядки. Возгласы ликования и бурные проявления радости, напряжение мышц в минуты ярости, гневные речи и отмщение, все это позволяет избыть возбуждение, совершая двигательные акты. Когда возникает душевная боль, от возбуждения позволяют избавиться учащенное дыхание и выделительные акты: рыдание и плач. Общеизвестно, что подобные реакции помогают успокоиться и унять возбуждение. Как уже отме-
SE 202 чалось, в обыденной речи для обозначения этого явления используются выражения «выплакаться», «сорвать злобу», «перебеситься» и т. д.; таким образом избавляются как раз от чрезмерного мозгового возбуждения.

Лишь отдельные реакции такого рода, например поступок, совершенный в порыве ярости, или гневные речи, можно назвать целесообразными, поскольку они мало-мальски влияют на обстановку. Остальные реакции абсолютно нецелесообразны или, точнее говоря, сообразны лишь одной цели: стремлению остановить нарастание возбуждения и восстановить психическое равновесие. Выполняя эту функцию, они способствуют «тенденции к сохранению константы внутримозгового возбуждения» (стр. 241).

«Слабые» аффекты, как то испуг и страх, не позволяют произвести разрядку возбуждения за счет реакции. От испуга деревенеют мышцы и путаются мысли. То же самое можно
WT 220 сказать о страхе, если бегство, которое было бы в данном случае, пожалуй, единственной целесообразной реакцией, исключено по вине самого аффекта или в связи со сложившимися обстоятельствами. Возбуждение, вызванное испугом, пропадает лишь со временем.

Ярость вызывает реакцию, вполне адекватную тому, что послужило для нее поводом. Если же таковая невозможна или

подвергается торможению, то ее заменяют суррогатные реакции, хотя бы те же гневные речи. Но могут заменять ее и другие, совершенно нецелесообразные действия. Когда Бисмарку приходится сдерживать свой гнев в присутствии короля, он потом отводит душу тем, что швыряет на пол и разбивает вдребезги какую-нибудь бесценную вазу. Эта произвольная подмена одного двигательного акта другим под стать замене естественного болевого рефлекса иными мышечными сокращениями; когда удаляют зуб, преформированный рефлекс заключается в том, чтобы оттолкнуть врача и закричать. Если же вместо этого мы напрягаем мышцы рук и стискиваем пальцами подлокотники кресла, то возбуждение, вызванное болью, переправляется от одной группы мышц к другой. Когда возникает острая зубная боль, при которой, пожалуй, единственным преформированным рефлексом могут быть стоны, человек избавляется от возбуждения, бесцельно расхаживая из угла в угол. Аналогичным образом мы переводим вызванное гневом возбуждение из одной тональности в другую, подменяя адекватную реакцию какой-нибудь другой, и испытываем облегчение, избывая возбуждение только в сфере двигательной иннервации.

Если же при возникновении этого аффекта отток возбуждения произойти вообще не может, то разгневанный человек оказывается в таком же положении, что и человек напуганный или охваченный страхом: ни с помощью ассоциативного мышления, ни за счет двигательной активности избыть возбуждение он не может. Со временем нормальный человек мало-помалу успокаивается; но у некоторых людей наблюдаются нездоровые реакции, складывается, по словам Оппенгейма, SE 203
«ненормальный способ выражения душевных порывов»[13].

III. ИСТЕРИЧЕСКАЯ КОНВЕРСИЯ

Надеюсь, никто не заподозрит меня в том, что я отождествляю нервное возбуждение с электричеством, если я еще раз приведу в пример электроустановку. Когда напряжение в элек- WT 221
трической сети непомерно возрастает, может расплавиться

изоляционный слой на самых уязвимых участках проводки, где затем будут наблюдаться различные электрические явления, а когда соприкасаются два оголенных провода, возникает «короткое замыкание». Если подобные повреждения не устранены, обусловленные ими неполадки могут возникать всякий раз, когда напряжение возрастает до определенного уровня. Таким образом производится неправильное «проторение».

Пожалуй, можно утверждать, что в этом отношении нервная система устроена наподобие электрической сети. Она представляет собой совокупность взаимосвязанных элементов; однако на многих ее участках установлены своего рода резисторы, оказывающие значительное, хотя и не вполне непреодолимое сопротивление, которое препятствует равномерному распределению возбуждения. Когда здоровый человек бодрствует, в орган восприятия не передается возбуждение, возникшее в органе, отвечающем за представления, поэтому галлюцинации у нас и не возникают. Ради обеспечения безопасности и нормальной жизнедеятельности организма нервный аппарат, обслуживающий жизненно важные отправления организма, кровообращение и пищеварение, отделен от органов, отвечающих за представления, мощными резисторами, позволяющими ему функционировать автономно; представления не оказывают на него непосредственное влияние. Но степень мощности резисторов, препятствующих поступлению внутримозгового возбуждения в нервный аппарат, обслуживающий кровообращение и пищеварение, зависит от индивидуальных особенностей нервной системы; кроме человека «нервозного» и человека, не проявляющего ни малейших признаков «нервозности», чье сердце всегда бьется ровно и реагирует только на физическое напряжение, человека, у которого в самой опасной обстановке сохраняется аппетит и не портится пищеварение, наберется множество людей, в большей или меньшей степени поддающихся аффекту.

Тем не менее резисторы, препятствующие притоку возбуж-
SE 204 дения к вегетативным органам, имеются у всякого нормального человека. Их можно уподобить изоляционному покрытию электропроводки. В тех местах, где степень сопротивления

снижена, все препятствия сметаются под напором внутримозгового возбуждения, и поток возбуждения, связанного с аффектом, устремляется к периферическому органу. Вот это и называется «ненормальным способом выражения душевного порыва».

Одно из указанных условий развития данного процесса мы уже описали достаточно подробно. Речь идет о повышенном WT 222 внутримозговом возбуждении, которое либо не подлежит устранению путем последовательного выстраивания представлений и при помощи двигательной разрядки, либо возросло до такой степени, что одной двигательной разрядки недостаточно для того, чтобы его унять.

Второе условие создается за счет снижения степени сопротивления отдельных проводящих путей. У некоторых людей степень сопротивления проводящих путей изначально понижена (по причине врожденной предрасположенности); понижение степени сопротивления может быть обусловлено и длительным пребыванием в возбужденном состоянии, из-за которого, так сказать, каркас нервной системы расшатывается и сопротивление повсюду ослабевает (предрасположенность такого рода возникает в период полового созревания); может она снижаться из-за болезней, недоедания и всего того, что ослабляет организм (в данном случае предрасположенность обусловлена истощением). Степень сопротивления отдельных проводящих путей может понижаться вследствие заболевания соответствующего органа, из-за которого происходит проторение нервных путей, ведущих к мозгу и отходящих от него. Больное сердце более подвержено влиянию аффекта, нежели сердце здоровое. «У меня понизу живота словно резонатор стоит, — сказала мне как-то женщина, страдающая хроническим параметритом, — чуть что, сразу появляется застарелая боль». (В этом случае предрасположенность обусловлена местным заболеванием.)

Двигательные акты, с помощью которых, как правило, производится разрядка возбуждения, представляют собой действия упорядоченные и скоординированные, хотя сами по себе зачастую бывают бесцельными. Но мощный поток возбуждения, обходя стороной или преодолевая центры координации, спо-

собен подтолкнуть и к простейшим движениям. Все действия, которые совершает младенец под влиянием аффекта, когда упирается, сучит ногами и руками, за вычетом одного дыхательного акта, каковым является крик, представляют собой именно такие несогласованные сокращения мышц. С возрастом человек учится координировать мышечные сокращения и подчинять их своей воле. Однако опистотонус, представляющий собой максимальное напряжение всех мышц тела, и судорожные движения, которые человек производил в младенчестве,
SE 205 когда барахтался и сучил ногами, всю жизнь служат реакцией на максимальное возбуждение мозга; во время эпилептического припадка они служат реакцией на сугубо психическое возбуждение, а более или менее эпилептоидные судороги позволяют произвести разрядку при возникновении сильнейшего аффекта. (Они являются сугубо двигательным элементом истерического припадка.)

Такие бурные аффективные реакции наблюдаются у исте-
WT 223 риков, но не только у них; они являются признаками более или менее выраженной нервозности, но не самой истерии. Истерическими эти феномены можно счесть только в том случае, если они возникают с виду самопроизвольно, как симптомы болезни, а не появляются вследствие сильного, но объективно обоснованного аффекта. Судя по наблюдениям многих врачей, да и по нашим собственным наблюдениям, в основе этих феноменов лежат воспоминания, которые воскрешают первоначальный аффект или, точнее говоря, воскресили бы его, если бы он уже не вызвал однажды именно такую реакцию.

Наверное, в минуты душевного покоя у любого человека, отличающегося живостью ума, неторопливо проплывают в сознании мысли и воспоминания; чаще всего эти представления столь невзрачны, что исчезают бесследно, и потом невозможно припомнить, откуда взялась та или иная ассоциация. Но когда случайно натыкаешься на представление, которое некогда было связано с сильным аффектом, последний вновь заявляет о себе с большей или меньшей силой. И вот тогда «эмоционально окрашенное» представление доходит до сознания, обретая прежнюю яркость и живость. Степень выраженности аффекта, ко-

торый может вызвать воспоминание, заметно колеблется в зависимости от того, насколько успели «издержать» аффект с тех пор, как он был «отреагирован» впервые. В «Предуведомлении» мы указывали на то, что сила воскрешенного в памяти аффекта, скажем, гнева, вызванного оскорблением, зависит от того, ответил ли человек в свое время на оскорбление или безропотно его стерпел. Если в исходных обстоятельствах за раздражением последовал психический рефлекс, то воспоминание об этом событии возбуждает гораздо меньше*. В противном случае всякий раз, когда возникает соответствующее воспоминание, WT 224
у человека вертятся на языке бранные слова, которые он тогда SE 206
не решился произнести, хотя именно это должно было послужить психическим рефлексом в момент раздражения.

Если исходный аффект не вызвал нормальный рефлекс и разрядка была произведена с помощью «ненормального рефлекса», то последний тоже воспроизводится при возникновении соответствующего воспоминания; возбуждение, вызванное аффективным представлением, преобразуется за счет «конверсии» (Фрейд) в соматический симптом. Если подобное повторяется часто и влечет за собой окончательное проторение ненормального рефлекса, то потенциал исходного представления, по всей видимости, иссякает, поэтому сам аффект, возникающий в этот миг, с каждым разом становится все слабее или вообще перестает возникать, что свидетельствует о завер-

* Влечение к мести, столь ярко выраженное у нецивилизованных людей, да и у людей цивилизованных, скорее ловко замаскированное, нежели подавленное, обязано своим возникновением именно возбуждению, сохраняющемуся из-за того, что в свое время не была произведена рефлекторная разрядка. Стремление отстоять честь в схватке с противником и нанести ему ответный удар является вполне адекватным предопределенным психическим рефлексом. Если же человек не отреагировал на оскорбление или реакция его была недостаточно сильной, то воспоминание об этом происшествии всегда будет вызывать у него тот же рефлекс и пробуждать «влечение к мести», волевой порыв, столь же иррациональный, что и все влечения. Именно его иррациональность, полная практическая непригодность и нецелесообразность, да еще способность одержать верх над чувством самосохранения свидетельствуют в пользу этого предположения. Стоит произвести рефлекторную разрядку, как человек осознает всю иррациональность своего поступка. «Ибо разны и ликом не схожи // Скрытый гнев и прорвавшийся гнев»[14]. — *Прим. автора.*

шении «истерической конверсии». Что же касается представления, которое уже не способно повлиять на психику, то индивид может его попросту не заметить или тотчас о нем позабыть, как забывает о других представлениях, лишенных аффекта.

Предположение о том, что взамен мозгового возбуждения, которое должно было вызвать представление, возникает возбуждение в периферических проводящих путях, покажется более правдоподобным, если вспомнить о том, что этот процесс может протекать в обратном направлении в том случае, когда не реализуется условный рефлекс. Приведу в пример самый обыкновенный рефлекс чихания. Если при раздражении слизистой оболочки носа человек по какой-то причине не чихнул, то затем он, как известно, начинает волноваться и испытывает
SE 207 неприятное стеснение. И вот это возбуждение, которое невозможно избыть с помощью двигательной активности, распространяется по всему мозгу, вызывая торможение, препятствующее любой другой деятельности. Несмотря на простоту этого примера, по нему можно судить о том, по какой схеме развивается процесс и в том случае, когда не реализуются сложнейшие психические рефлексы. Влечение к мести будоражит человека, в сущности, по этой же причине; признаки развития этого процесса можно обнаружить даже в самых высших сферах человеческой деятельности. Сильное впечатление не остав-
WT 225 ляет Гете в покое до тех пор, пока он не выразит свои чувства в стихах. Таков присущий ему преформированный рефлекс, который должен последовать за аффектом, и пока этот рефлекс не реализован, ничто не в силах унять томительное возбуждение.

Величина внутримозгового возбуждения обратно пропорциональна величине возбуждения, поток которого устремляется по периферическим проводящим путям; степень внутримозгового возбуждения возрастает, пока рефлекс остается нереализованным, и снижается после того, как внутримозговое возбуждение преобразуется в периферическое нервное возбуждение. Из этого явствует, что ощутимый аффект не может возникнуть

в том случае, если само представление, каковое должно было послужить причиной его появления, вызывает ненормальный рефлекс, за счет которого тотчас устраняется возбуждение. Таким образом производится полная «истерическая конверсия»; исходное внутримозговое возбуждение, связанное с аффектом, преобразуется в возбуждение, поток которого устремляется по периферическим проводящим путям; исходное аффективное представление, которое прежде вызывало аффект, ныне может вызвать лишь ненормальный рефлекс*.

Таким образом, мы рассмотрели «ненормальный способ выражения душевных порывов» и продвинулись на шаг вперед. Даже умные и наблюдательные пациенты не склонны считать истерические симптомы (ненормальные рефлексы) идеогенными, поскольку представление, послужившее поводом для их появления, уже утратило эмоциональную окраску и ничем не выделяется среди других представлений и воспоминаний; возникает подобный феномен как сугубо соматический симптом, SE 208
и поначалу трудно заметить, что он имеет психическое происхождение.

Чем же обусловлена подобная разрядка возбуждения, вызванного аффектом, почему реализуется именно такой, а не WT 226
любой другой ненормальный рефлекс? Судя по нашим наблюдениям, чаще всего подобная разрядка тоже производится по «принципу наименьшего сопротивления», так что возбуждение

* Я не хотел бы заездить до смерти сравнение с электроустановкой; ведь из-за коренных различий между устройством электроустановки и строением нервной системы с помощью этого сравнения едва ли можно проиллюстрировать и уж точно невозможно объяснить, что происходит в нервной системе. И все же стоит напомнить об одном эпизоде. Помнится, из-за повышения напряжения в сети нашей электроустановки изоляционное покрытие на одном участке проводки было повреждено, а на другом участке произошло «короткое замыкание». Если на этом участке проводки возникают различные электрические явления (провод нагревается, начинает искриться и т. п.), то лампа, подключенная к этому проводу, не горит; так и аффект не возникает, если возбуждение, вызывая ненормальный рефлекс, преобразуется за счет конверсии в соматический симптом. — *Прим. автора.*

направляется по тем проводящим путям, уровень сопротивления которых уже снижен по вине сопутствующих обстоятельств. Как уже отмечалось, это происходит в том случае, когда определенный рефлекс уже проторен вследствие соматического заболевания — например, у человека, страдающего кардиалгией, аффект тоже вызывает боль в области сердца — или вследствие того, что при произвольном сокращении определенных мышц в момент возникновения исходного аффекта усиливается их иннервация; например, Анна О. (описанная в первой истории болезни), испугавшись, порывалась отогнать привидевшуюся ей змею правой рукой, парализованной вследствие сдавливания нерва; с тех пор правая рука у нее деревенела всякий раз, когда на глаза ей попадался предмет, похожий на змею. В другой раз в момент возникновения аффекта она слишком близко поднесла к глазам часы, пытаясь различить стрелку, и с тех пор, вследствие конвергенции, одним из рефлексов, сопровождающих этот аффект, стало сходящееся косоглазие.

В основе наших обычных ассоциаций тоже лежит принцип синхронности; любое ощущение, возникшее при чувственном восприятии, вызывает в памяти другое ощущение, которое когда-то возникло одновременно с ним (классическим примером такой ассоциации является возникновение определенного зрительного образа в тот момент, когда слышишь блеянье овцы).

Если в исходных обстоятельствах одновременно с аффектом возникало какое-то сильное ощущение, то при повторном появлении данного аффекта оно возникает вновь, причем не в виде воспоминания, а в виде галлюцинации, поскольку в этот момент производится разрядка чрезмерного возбуждения. В историях болезни почти всех наших пациентов наберется множество примеров, позволяющих проиллюстрировать вышесказанное. Например, из-за воспаления надкостницы у одной женщины разболелись зубы в тот самый момент, когда ее изводил мучительный аффект, и с тех пор сам аффект или просто воспоминание о нем всегда вызывает у нее невралгию подглазничной ветви тройничного нерва.

Такое проторение рефлекса основано на всеобщем законе ассоциаций. Однако иной раз (разумеется, только в том слу- SE 209
чае, когда степень тяжести истерии достаточно высока) между WT 227
аффектом и рефлексом, который он вызывает, тянутся длинные вереницы взаимосвязанных представлений; так происходит детерминирование при посредстве символики. Зачастую связь между аффектом и соответствующим рефлексом возникает благодаря забавным каламбурам и созвучиям, но это происходит лишь в тот момент, когда человек утрачивает способность отделять вымысел от действительности, погружаясь в состояние, напоминающее сон, а подобные явления уже выходят за рамки интересующей нас группы феноменов.

Во многих случаях невозможно объяснить, чем детерминирован истерический симптом, поскольку зачастую мы можем лишь гадать о том, каково было психическое состояние человека и какие представления возникали у него в момент появления этого истерического симптома. Однако осмелимся предположить, что и в подобных случаях процесс детерминирования не слишком сильно отличается от любого такого процесса, о котором нам удалось получить полное представление благодаря удачному стечению обстоятельств.

Переживания, послужившие причиной возникновения исходного аффекта, вызвавшего возбуждение, которое было преобразовано путем конверсии в соматический симптом, мы называем психическими травмами, а сами симптомы болезни — истерическими симптомами травматического происхождения. (Термин «травматическая истерия» уже закреплен за симптомами, которые развиваются вследствие повреждения какой-либо части тела, то есть в результате травмы в узком смысле слова, и относятся к «травматическому неврозу».)

Конверсия возбуждения, обусловленного торможением потока ассоциаций, а не раздражением извне или торможением нормальных психических рефлексов, развивается точно так же, как истерические симптомы травматического происхождения.

Приведем самый простой и наглядный пример. Человек приходит в состояние возбуждения, когда не может припомнить какое-нибудь слово или разгадать загадку, но достаточно

подсказать искомое слово или верный ответ, чтобы возбуждение улеглось, поскольку подсказка замыкает цепь ассоциаций и происходит то же самое, что и при замыкании рефлекторной цепи. Сила возбуждения, вызванного внезапным прекращением последовательного движения ассоциаций, пропорциональна степени значимости этих ассоциаций, то есть зависит от того, насколько человек в них заинтересован. Поскольку даже на безуспешные поиски верного ответа приходится тратить много сил, в подобных случаях находится применение и для сильного возбуждения, так что стремление к разрядке не возникает и
WT 228 возбуждение никогда не становится патогенным.

Но когда торможение потока ассоциаций происходит из-за
SE 210 несовместимости равноценных представлений, например из-за того, что на ум приходят мысли, которые противоречат устоявшимся представлениям, возбуждение, скорее всего, сохраняется. Поэтому столь мучительны религиозные сомнения, одолевающие многих людей поныне, а прежде одолевавшие и того больше. Но и при появлении подобных сомнений возбуждение, а за ним и душевная боль, чувство неудовольствия возрастают лишь в том случае, если сомнения затрагивают кровные интересы человека, если он верит в то, что они угрожают его благополучию и спасению его души.

Так бывает всякий раз, когда человека мучают угрызения совести, когда возникает конфликт между моральными принципами, привитыми ему воспитанием, и воспоминаниями о собственных поступках или всего лишь мыслях, которые этим принципам противоречат. В этот момент пробуждается желание остаться в ладах с самим собой и возбуждение, вызванное торможением ассоциаций, возрастает до предела. Мы постоянно убеждаемся в том, что конфликт между несовместимыми представлениями оказывает на человека болезнетворное воздействие. Чаще всего виновниками таких конфликтов становятся представления и происшествия, связанные с половой жизнью: совестливый юноша может страдать от склонности к мастурбации, дама строгих правил — от любви к женатому мужчине. Зачастую бывает достаточно одного-единственного сексуального ощущения или случайно промелькнувшей фривольной мысли, вступающей в конфликт с

укоренившимися представлениями о добродетели, чтобы вызвать у человека сильнейшее возбуждение*.

Обычно это сказывается лишь на психическом состоянии человека, вызывая у него дисфорию и то, что Фрейд именует приступами тревоги. Но при наличии нескольких условий, благоприятствующих развитию заболевания, может появиться и соматический симптом, за счет которого производится разрядка: таким симптомом может стать тошнота, если при мысли о собственной моральной нечистоплотности человека с души воротит; если же угрызения совести вызывают ларингоспазмы, может появиться нервный кашель, каким страдала Анна О., WT 229
описанная в первой истории болезни**.

Нормальной, адекватной реакцией на возбуждение, вызван- SE 211
ное появлением одинаково ярких, но несовместимых представлений, являются словоизлияния. Доведенная до нелепости, потребность излить душу приобретает комические черты в повести о брадобрее Мидаса[15], который, будучи не в силах хранить тайну, выкрикнул заветное слово в заросли камыша; но эта же потребность лежит в основе величественного древнего обряда католической тайной исповеди. Признание облегчает душу и снимает напряжение, даже если исповедь не обращена к священнику и не завершается отпущением грехов. Когда дать

* Любопытные заметки по этому поводу можно обнаружить в статье Бенедикта[16], выпущенной в 1889 году и перепечатанной в 1894 году в трактате «Гипнотизм и внушение» [*Benedikt*. Hypnotismus und Suggestion, 1894. S. 51]. — *Прим. автора.*

** В «Кинестезии» Маха[17] я обнаружил один пассаж, который стоит привести целиком: «В ходе описанных опытов (связанных с изучением состояния головокружения) неоднократно отмечалось, что чувство тошноты возникало преимущественно в тех случаях, когда трудно было привести двигательные ощущения в соответствие со зрительными впечатлениями. Казалось, что часть импульсов, исходящих из лабиринта, минуя зрительные пути, уже занятые другими импульсами, вынуждена была прокладывать себе совершенно иной путь... При попытке совместить стереоскопические изображения с большим зазором я тоже неоднократно отмечал появление чувства тошноты».

Пожалуй, невозможно точнее описать на языке физиологии процесс возникновения патологических, истерических феноменов из-за сосуществования одинаково ярких, но несовместимых представлений. — *Прим. автора.*

выход возбуждению таким образом невозможно, оно порой преобразуется путем конверсии в соматический симптом, так же как возбуждение, вызванное травматическим аффектом, поэтому мы можем вслед за Фрейдом назвать все истерические симптомы такого происхождения ретенционными истерическими феноменами[18].

Приведенное описание психического механизма возникновения истерических феноменов может показаться слишком схематичным и упрощенным. В действительности, для того чтобы у здорового человека, не имеющего предрасположенности к невропатии, возник настоящий истерический симптом, который с виду никак не связан с психическим состоянием и может показаться сугубо соматическим, почти всегда должно наличествовать разом несколько условий, благоприятствующих развитию этого процесса.

WT 230 Пожалуй, на примере нижеописанного случая из практики можно показать, насколько сложен подобный процесс. Двенадцатилетний сын очень нервного мужчины, страдавший в прежние годы ночным недержанием, однажды занемог, вернувшись из школы. Он жаловался на головную боль и на то, что SE 212 ему трудно глотать. Домашний врач подумал, что всему виной обычная ангина. Но прошло несколько дней, а мальчику так и не стало лучше. Он отказывался от еды, а когда принимал пищу по принуждению, его рвало. Он устало и безучастно бродил по дому, то и дело порываясь прилечь на кроват из-за сильного физического истощения. Когда я осмотрел его спустя пять недель, он сразу показался мне пугливым, замкнутым ребенком, и я ни минуты не сомневался в том, что болезнь его имеет психическое происхождение. Отвечая на настойчивые расспросы, он сказал, что занемог от того, что отец сделал ему строгий выговор, но это ничем не примечательное происшествие никак не могло послужить причиной болезни. По его словам, в школе с ним в тот день тоже ничего не стряслось. Я пообещал выпытать у него правду позже под гипнозом. Но обошлось и без этого. Стоило его матери, женщине умной и энергичной, хорошенько на него надавить, как он разрыдался и все расска-

зал. Оказывается, возвращаясь в тот день из школы, он зашел в общественную уборную, где какой-то мужчина подставил ему свой пенис и потребовал взять его в рот. Перепуганный мальчик убежал. Ничего другого с ним в тот день не происходило. Но именно после этого он занемог. Во всем сознавшись, он быстро пошел на поправку. Для того чтобы у ребенка возникли симптомы анорексии, боль в горле при сглатывании и рвотные позывы, понадобилось воздействие нескольких факторов: к их числу относились врожденная нервозность, испуг, влияние сексуальных домогательств в самом грубом их проявлении на ранимую детскую душу и чувство отвращения, которое явилось ключевым фактором расстройства. Болезнь приобрела затяжной характер из-за того, что мальчик умолчал об этом происшествии и поэтому не смог естественным путем избыть возбуждение.

Для того чтобы у доселе здорового человека возник истерический симптом, всегда необходимо воздействие нескольких факторов; истерический симптом, по выражению Фрейда, всегда «сверхдетерминирован»[19].

Сверхдетерминирование происходит и в том случае, если WT 231
один и тот же аффект неоднократно возникает по разным причинам. Сам больной и его близкие полагают, что истерический
симптом возник из-за недавнего происшествия, между тем как SE 213
подобное происшествие зачастую лишь служит непосредственным поводом для проявления симптома, который еще до того почти полностью развился вследствие иных травм.

Впервые истерический припадок, за которым последовала череда подобных припадков, случился у одной юной девушки* в тот момент, когда в темноте ей на плечи прыгнула кошка. Казалось бы, всему виной был обычный испуг. Но расспросив пациентку подробнее, врач выяснил, что на диво хорошенькая семнадцатилетняя девушка по нерадивости тех, кто должен был за ней присматривать, не раз становилась в последнее время жертвой более или менее грубых домогательств, от которых

* Сведениями об этом случае я обязан господину ассистенту д-ру Паулю Карплюсу[20]. — *Прим. автора.*

сама испытывала сексуальное возбуждение (т. е. у нее развилась предрасположенность). За несколько дней до припадка на той же темной лестнице на нее напал какой-то молодой человек, от которого ей насилу удалось отбиться. Это и нанесло ей настоящую душевную травму, последствия которой проявились в тот момент, когда на нее набросилась кошка. Но часто ли такая кошка служит вполне достаточной causa efficiens?*

Конверсии возбуждения, обусловленной неоднократным появлением одного и того же аффекта, не всегда должна предшествовать длинная череда событий, которые подталкивают к этому извне; зачастую бывает достаточно постоянно вспоминать об аффекте сразу после травмы, когда чувства еще не успели потускнеть. Для конверсии достаточно и воспоминаний об аффекте, если сам аффект был очень сильным, как бывает при травматической истерии в узком смысле слова.

Например, человек, выживший после крушения поезда, на протяжении нескольких суток во сне и наяву вспоминает ужасные сцены катастрофы, всякий раз испытывая такой же страх, какой охватил его тогда. И это продолжается до тех пор, пока по истечении инкубационного периода, который Шарко называет периодом «психической выработки», возбуждение не преобразовывается путем конверсии в соматический симптом. (Правда, тут действует еще один фактор, о котором мы поговорим чуть позже.)

Впрочем, аффективное представление, как правило, издерживается сразу же после его появления и мало-помалу лишается аффекта под воздействием всех тех факторов, о которых
WT 232 мы упоминали в «Предуведомлении». Возбуждение, которое оно
SE 214 вызывает, с каждым разом становится все слабее, воспоминание о нем уже не может способствовать развитию соматического симптома, ненормальный проторенный рефлекс пропадает, и таким образом, в полной мере восстанавливается status quo ante**.

* Causa efficiens *(лат.)* — побудительная причина.

** Status quo ante *(лат.)* — прежнее состояние.

Для того чтобы издержать аффективное представление, необходимо наладить соответствующие ассоциативные связи, размышлять о нем и вносить в него поправки с учетом иных представлений. Если же аффективное представление изъято из «ассоциативного обращения», издержать его невозможно, и в этом случае величина связанного с ним аффекта остается неизменной. Высвобождая в момент очередного своего появления суммарное возбуждение, обусловленное первоначальным аффектом, оно позволяет продолжить начатое в исходных обстоятельствах проторение ненормального рефлекса или сохранить и упрочить ненормальный рефлекс в том виде, в каком он тогда возник. В этих условиях истерическая конверсия может происходить постоянно.

В ходе наблюдений мы изучили два способа изъятия аффективного представления из ассоциации.

Первый способ, именуемый «защитой», подразумевает произвольное подавление неприятных представлений, способных отравить человеку жизнь или поколебать чувство собственного достоинства. В статье под заголовком «Защитные неврозы», опубликованной в десятом номере «Неврологического вестника» за 1894 год, и в представленных здесь историях болезни Фрейд описал этот процесс, несомненно, имеющий большое значение для развития болезни.

Пожалуй, поначалу трудно понять, каким образом некое представление может произвольно вытесняться из сознания; впрочем, о том, каким образом мы можем сосредоточить внимание на определенном представлении, мы знаем не больше, хотя нам доподлинно известно, что человек на это способен.

Поскольку человек перестает обдумывать представления, от которых отвернулось сознание, издержать их не удается, так что величина связанного с ними аффекта остается неизменной.

Кроме того, мы установили, что представления иного рода невозможно издержать за счет обдумывания не потому, что человек не хочет о них вспоминать, а оттого, что он просто не может о них вспомнить, поскольку впервые они возникли на фоне гипнотического или гипноидного состояния и были на- WT 233

делены аффектом, который начисто забывается в тот момент, когда человек бодрствует. В свете теории истерии гипноидное состояние представляется весьма существенным феноменом и поэтому заслуживает более подробного обсуждения*.

IV. ГИПНОИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

SE 215 Утверждая в «Предуведомлении», что основой и условием истерии является существование гипноидных состояний, мы упустили из виду то обстоятельство, что Мебиус еще в 1890 году высказал точно такую же мысль: «Предпосылкой патогенного воздействия представлений является, с одной стороны, врожденная предрасположенность к истерии, а с другой стороны — особое душевное состояние. Ничего определенного об этом душевном состоянии сказать невозможно. Оно должно напоминать гипнотический транс, при погружении в который в сознании возникает пустота, поэтому в этот момент может появиться любое представление, не наталкиваясь на сопротивление со стороны другого представления, и, как говорится, тут правит бал первый встречный. Нам известно, что в подобное состояние человек может погрузиться не только под воздействием гипноза, но и вследствие душевного потрясения (от испуга, от ярости и т. д.) и физического истощения (от бессонницы, голода и т. д.)».

Сначала Мебиус попытался подыскать более или менее вразумительный ответ на вопрос, который можно сформулировать следующим образом: как на основе представлений возникают соматические симптомы. Припоминая, что под воздей-

* Упоминая здесь и в дальнейшем о представлениях, влияющих на человека, оставаясь бессознательными, мы за редким исключением (каковое составляет, например, галлюцинация, связанная с образом огромной змеи, вызывавшая контрактуру у Анны О.) ведем речь не об отдельных представлениях, а о комплексах взаимосвязанных представлений, к которым относятся воспоминания о событиях и собственных мыслях. Отдельные представления, составляющие в совокупности этот комплекс, время от времени осознаются. Лишь будучи составной частью определенных комплексов, эти представления исторгаются из сознания. — *Прим. автора.*

ствием гипноза это происходит с поразительной легкостью, он заключает, что аффекты воздействуют аналогичным образом. Мы WT 234 уже достаточно подробно изложили наши соображения по поводу воздействия аффектов, которые несколько отличаются от взглядов Мебиуса. Поэтому сейчас я не буду вдаваться в подробности и указывать на все несообразности, связанные с предположением М. о том, что от ярости «в сознании возникает пустота»* (хотя от испуга и при длительном пребывании в состоянии тревоги она, и впрямь, возникает), не говоря уже о том, что сравнить возбуждение, вызванное аффектом, с покойным гипнотическим сном можно лишь с очень большой натяжкой. Впрочем, мы еще вернемся к предположениям Мебиуса, поскольку, на мой взгляд, в них есть зерно истины.

Мы всегда придавали большое значение «гипноидным» со- SE 216 стояниям, то есть состояниям, подобным гипнотическому сну, поскольку они вызывают амнезию и создают условия для расщепления психики, о котором мы поговорим чуть позже и которое лежит в основе «сильной истерии». Мы можем повторить это и сейчас, но с одной существенной оговоркой. Конверсия, преобразование возбуждения, связанного с представлениями, в соматический симптом, происходит не только на фоне гипноидного состояния. Фрейд установил, что почву для формирования комплекса представлений, изъятых из ассоциативного обращения, создает и произвольная амнезия, обусловленная защитой, а не гипноидным состоянием. Но, несмотря на эту оговорку, я по-прежнему полагаю, что гипноидные состояния нередко являются основой и условием истерии, особенно в тех случаях, когда степень тяжести истерии высока и болезнь вызывает многочисленные осложнения.

Разумеется, гипноидным состоянием является прежде всего истинный самогипноз, который отличается от искусственного гипнотического сна лишь тем, что в это состояние человек погружается самопроизвольно. Склонность к самогипнозу

* Быть может, М. называет пустотой не что иное, как торможение потока представлений, которое и впрямь происходит в момент возникновения аффекта, хотя торможение в этом состоянии и торможение под гипнозом происходят по разным причинам. — *Прим. автора.*

проявляют некоторые пациенты, у которых обнаруживается достаточно развитая истерия, хотя частота и продолжительность пребывания в этом состоянии могут меняться. Нередко кратковременный самогипноз чередуется с нормальным бодрствованием. Представления, возникающие у человека, который находится под воздействием самогипноза, зачастую напоминают
WT 235 сновидения, поэтому подобное состояние можно назвать delirium hystericum*. Во время бодрствования человек не помнит или почти не помнит о том, что происходило с ним, пока он пребывал в гипноидном состоянии, но, погружаясь в искусственный сон под гипнозом, обо всем вспоминает. Именно по вине амнезии невозможно обдумать и подправить во время бодрствования ассоциации, возникшие на фоне гипноидного состояния. А поскольку под воздействием самогипноза способность критически оценивать возникающие представления и контролировать процесс их появления, сопоставляя их с другими представлениями, подчас снижается, а чаще всего и вовсе пропадает, самогипноз может породить совершенно безумные идеи, которые подолгу остаются в целости и сохранности. Например, более сложная «символическая взаимосвязь между побудительным случаем и патологическим феноменом», в основе которой зачастую лежат уморительные словесные ассоциации и созвучия, возникает почти исключительно в этом состоянии. Вследствие снижения критических способностей на фоне этого состояния очень часто производится самовнушение, поэтому, например, после истерического припадка воз-
SE 217 никает паралич. Однако в ходе анализа наших пациентов нам так и не довелось обнаружить ни одного истерического симптома, возникшего подобным образом. Возможно, нам просто не повезло, но все изученные нами симптомы, в том числе и те, которые возникли по вине самогипноза, были обусловлены конверсией возбуждения, вызванного аффектом.

Как бы то ни было, как на фоне самогипноза «истерическую конверсию» произвести проще, чем во время бодрствования, так и вызвать у пациента галлюцинации, сопровождаемые соответствующими движениями, внушая ему определенные

* Delirium hystericum *(лат.)* — истерическое помешательство.

представления, куда проще во время искусственного сна под гипнозом. Но и в данном случае процесс конверсии возбуждения, по существу, развивается по той схеме, которую мы описали выше. Если однажды была произведена конверсия, то соматический симптом начинает возникать всякий раз, когда на фоне самогипноза появляется аффект. И по всей видимости, впоследствии сам аффект может вводить человека в гипнотическое состояние. На первых порах, пока гипноз чередуется с бодрствованием, симптом возникает только на фоне гипнотического состояния и с каждым разом все больше укореняется; однако осознать, оценить и подправить само побудительное представление невозможно, поскольку как раз в тот момент, когда человек бодрствует, оно вообще не возникает.

Например, у Анны О., описанной в первой истории болезни, контрактура правой руки, которая под воздействием самогипноза была увязана с чувством страха и образом змеи, на протяжении четырех месяцев возникала только на фоне гипноти- WT 236 ческого (скажем — гипноидного, если первое определение кажется кому-то неуместным при описании весьма кратковременного помрачения сознания) состояния, хотя происходило это довольно часто. Аналогичным образом возникали и другие феномены, обусловленные конверсией, произведенной в гипноидном состоянии, поэтому исподволь у пациентки сформировался комплекс истерических симптомов, которые проявились в тот момент, когда продолжительность пребывания в гипноидном состоянии увеличилась.

Во время бодрствования эти феномены могут возникнуть только после расщепления психики, вследствие которого чередование бодрствования и гипноидного состояния прекращается и создаются условия для сосуществования комплекса нормальных представлений и комплекса гипноидных представлений.

Возникают ли подобные гипноидные состояния задолго до начала болезни, и как это происходит? Ответить на поставленный вопрос мне сложно, поскольку судить об этом мы можем лишь на основании наблюдений за одной-единственной пациенткой, Анной О. В данном случае почву для самогипноза, несомненно, подготовила привычка пациентки грезить наяву, а

затем при пособничестве аффекта, неотступного чувства тревоги, склонность к самогипнозу развилась окончательно, ведь SE 218 и одного этого аффекта бывает достаточно для того, чтобы ввести человека в гипноидное состояние. Можно допустить, что подобный процесс всегда развивается по этой схеме.

«Отрешенность» может быть обусловлена разнообразными состояниями, но лишь некоторые из них вызывают склонность к самогипнозу или ведут к нему прямиком. Чувства ученого, внимание которого приковано к одному вопросу, в какой-то степени атрофируются, поэтому он не может сознательно воспринимать множество чувственных ощущений, как и человек, рисующий в воображении причудливые картины (достаточно вспомнить «мой театр» Анны О.). Тем не менее человек, пребывающий в таком состоянии, расходует высвобождающееся нервное возбуждение, энергично выполняя психическую работу. Но когда все мысли разбегаются и человек впадает в полузабытье, внутримозговое возбуждение, напротив, вызывает сонливость; человек погружается в состояние, граничащее с дремотой и переходящее в сон. Если же в момент подобной «прострации», когда происходит торможение общего потока представлений, сознанием овладевает определенная группа ярких эмоционально окрашенных представлений, то наблюдается прирост внутримозгового возбуждения, которое можно WT 237 использовать для конверсии, поскольку оно не употребляется для выполнения психической работы.

Стало быть, «отрешенность», сопровождаемая энергичной деятельностью, и полузабытье при отсутствии аффектов не являются патогенными в отличие от погруженности в мечты, проникнутые аффектом, и усталости, обусловленной затяжным аффектом. К числу подобных состояний относятся меланхолия, тревога, охватывающая того, кто проводит дни и ночи возле постели близкого человека, страдающего опасным заболеванием, мечты и грезы влюбленных. Сосредоточив внимание на группе аффективных представлений, человек становится поначалу «отрешенным». Поток представлений движется все медленнее и наконец замирает; однако аффективное представ-

ление и связанный с ним аффект остаются в силе и вызывают прирост возбуждения, которое не употребляется для выполнения каких-либо функций. Описанное состояние, несомненно, напоминает гипнотический транс. Если человека нужно погрузить в состояние гипноза, он не должен засыпать, иными словами, возбуждение у него в мозгу не должно снижаться до того уровня, при достижении которого наступает сон, но при этом необходимо вызвать у него торможение потока представлений. Тогда вся масса возбуждения окажется в ведении внушенного представления.

Скорее всего, некоторые мечтательные люди могут самопроизвольно погружаться в гипнотическое состояние, когда на фоне привычных грез возникает аффект. Возможно, в том числе и по SE 219
этой причине в анамнезе истерии столь часто обнаруживаются два патогенных фактора, имеющих решающее значение: влюбленность и уход за больным. Тоскуя по недосягаемому возлюбленному, человек «уходит в себя», теряет чувство реальности, сознанием его овладевает аффект, и все мысли его замирают; необходимость соблюдать тишину во время ухода за больным, концентрация внимания на одном предмете, потребность прислушиваться к дыханию больного — все это создает почти такую же атмосферу, в какой обычно применяются многие методы гипноза, и вызывает у погруженной в забытье сиделки сильный аффект, чувство тревоги. Быть может, подобное состояние уступает самогипнозу только по силе воздействия, но, по существу, от него не отличается и в него переходит.

Единожды погрузившись в гипноидное состояние, человек начинает погружаться в него всякий раз, когда попадает в подобную обстановку, в результате чего два естественных душевных состояния, бодрствование и сон, дополняются третьим гипноидным состоянием, что наблюдается и в том случае, если человека часто погружают в искусственный сон под гипнозом.

Способен ли человек самопроизвольно погружаться в гип- WT 238
ноидное состояние не только под воздействием аффекта, но и вследствие врожденной склонности к самогипнозу, я не знаю,

но полагаю, что это вполне возможно. Ведь способности больных и здоровых людей в этом отношении столь различны и некоторые из них с такой легкостью поддаются искусственному гипнозу, что само собой напрашивается предположение о том, что последние способны погружаться в гипноз и самопроизвольно. Быть может, погруженность в мечты и не может обернуться самогипнозом, если у человека нет к нему предрасположенности. Так что, я вовсе не намерен утверждать, что механизм возникновения гипноидного состояния, изученный на примере Анны О., действует у всех истериков.

Я веду речь о гипноидных состояниях, а не о самом гипнозе, поскольку разграничить эти состояния, оказывающие столь ощутимое влияние на развитие истерии, крайне трудно. Быть может, погруженность в мечты, которую выше мы назвали предварительной стадией самогипноза, и затяжной аффект сами по себе могут оказать такое же патогенное воздействие, какое оказывает самогипноз. По крайней мере, известно, что испуг подобное влияние оказывает. Торможение потока представлений, при котором сознанием овладевает яркое аффективное представление (об опасности), роднит состояние, вызванное
SE 220 испугом, с погруженностью в мечты, проникнутые аффектом; постоянно вспоминая об этом событии, человек снова и снова ввергает себя в прежнее состояние, вследствие чего возникает «гипноидное состояние на почве испуга», позволяющее провести или упрочить конверсию; таков sens. strict.* инкубационный период «травматической истерии».

Называя «гипноидными» столь различные с виду состояния, которые приравниваются к самогипнозу на основании сходства их наиболее существенных признаков, мы можем выявить их внутреннее подобие и обобщить соображения, изложенные Мебиусом в статье, выдержки из которой были приведены выше.

Впрочем, это определение относится прежде всего к самогипнозу, который способствует развитию истерических симптомов, поскольку благоприятствует конверсии, не позволяет

* Sens. strict. *(лат., сокр.) — в буквальном смысле.*

издержать конвертированные представления, вызывая амнезию, и подготавливает почву для расщепления психики.

Коль скоро определенный соматический симптом обусловлен представлением и возникает всякий раз, когда появляется соответствующее представление, умные пациенты, способные на интроспекцию, надо полагать, должны были бы обратить внимание на эту взаимосвязь, зная по опыту, что стоит им лишь вспомнить о каком-то происшествии, как тотчас возникает этот соматический симптом. Разумеется, глубинная связь между причиной и следствием остается для них непостижимой; однако же любой человек знает, какие представления заставляют его плакать, смеяться или краснеть, даже если не имеет понятия о нервном механизме возникновения этих идеогенных феноменов. Иной раз больные действительно обращают внимание на подобные совпадения и отдают себе отчет в том, что такая связь существует; например, по словам одной женщины, слабый истерический припадок (сопровождаемый тремором и учащенным сердебиением) случился с ней впервые из-за сильного душевного волнения, и с тех пор тремор возникает у нее всякий раз, когда какое-то событие напоминает ей о тех переживаниях. Но так происходит далеко не со всеми истерическими симптомами. Чаще всего даже рассудительные пациенты не замечают, что тот или иной феномен возникает вслед за представлением, и принимают его за самостоятельный соматический симптом. Если бы все обстояло иначе, психическую теорию истерии создали бы уже давным-давно. WT 239

Возможно, интересующие нас симптомы изначально являются идеогенными, но многократные рецидивы, по выражению Ромберга[21], «навязывают» их телу, и отныне они зависят уже не от психического процесса, а от изменений, которым подверглась за это время нервная система; таким образом, они обретают самостоятельность и становятся настоящими соматическими симптомами. Я не стал бы с порога отметать это предположение, хотя, на мой взгляд, результаты наших наблюдений позволяют обновить теорию истерии именно потому, что свидетельствуют о том, что, по меньшей мере, очень часто это SE 221

предположение не соответствует действительности. Мы убедились в том, что всевозможные истерические симптомы, не пропадавшие годами, «исчезали раз и навсегда, когда удавалось со всей ясностью воскресить в памяти побудительное событие, вызывая тем самым и сопровождавший его аффект, и когда пациент по мере возможности подробно описывал это событие и выражал аффект словами». В пользу этого утверждения свидетельствуют некоторые эпизоды из приведенных здесь историй болезни. «Перефразируя изречение cessante causa
WT 240 cessat effectus, мы вполне можем сделать из этих наблюдений вывод о том, что побудительное происшествие (т. е. воспоминание о нем) каким-то образом продолжает оказывать воздействие еще в течение многих лет, но не косвенно, не посредством промежуточных звеньев причинно-следственной цепочки, а непосредственно, как возбудитель болезни, подобно душевной боли, воспоминание о которой в состоянии бодрствующего сознания еще долго вызывает слезы: истерики страдают по большей части от воспоминаний».

Но если воспоминание о травме и впрямь напоминает чужеродное тело, которое после проникновения вовнутрь еще долго остается действующим фактором, хотя сам больной не осознает и не замечает это воспоминание в момент его появления, то следует признать факт существования бессознательных представлений и их влияния на состояние человека. Впрочем, в ходе анализа истерических феноменов мы не смогли обнаружить разрозненные бессознательные представления и убедились в правоте известных и заслуживающих всяческих похвал французских исследователей, которые доказали, что крупные комплексы представлений и сложные психические процессы, имеющие большие последствия, остаются у многих больных совершенно бессознательными, хотя и соседствуют с сознательной психической деятельностью; кроме того мы убедились в том, что у больных происходит расщепление психики, изучение которого имеет решающее значение для понимания сущности истерии и вызываемых ею осложнений. Позволим
SE 222 себе совершить небольшой экскурс в эту неизведанную и труд-

нопроходимую область; поскольку нам необходимо уточнить значение прозвучавших здесь определений, мы надеемся, что это обстоятельство в какой-то степени оправдает наши отвлеченные рассуждения.

V. БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, НЕ ДОПУЩЕННЫЕ К СОЗНАНИЮ. РАСЩЕПЛЕНИЕ ПСИХИКИ

Сознательными мы называем те представления, о которых знаем. Человек обладает удивительной способностью, именуемой самосознанием; каждый из нас может созерцать и разглядывать со стороны представления, возникающие и чередой проходящие перед его внутренним взором. И хотя так происходит не всегда, поскольку жизнь редко дает нам повод для самосозерцания, способностью этой обладают все люди, ибо WT 241
каждый человек время от времени говорит: я подумал о том-то. Представления, которые мы обнаруживаем у себя при созерцании или могли бы обнаружить, если бы потрудились обратить на них внимание, мы называем сознательными. В каждый текущий момент таких представлений набирается совсем немного; стало быть, иные текущие представления, возникавшие в этот момент, являются бессознательными.

Пожалуй, сейчас едва ли нужно доказывать, что текущие и вместе с тем бессознательные или подсознательные представления существуют. Все мы сталкиваемся с этим явлением в повседневной жизни. Скажем, когда я забываю навестить своего пациента, на душе у меня становится неспокойно. По опыту я знаю, что подобное ощущение возникает у меня обычно в тот момент, когда я понимаю, что позабыл о каком-то важном деле. Я тщетно напрягаю память и никак не могу понять, откуда взялось беспокойство, и лишь спустя несколько часов внезапно вспоминаю, что должен был навестить пациента. Но все это время меня одолевает беспокойство. Стало быть, мысль о том,

что я должен посетить пациента, остается в силе, иначе говоря, имеется в наличии, но не в сознании. Предположим, что некий занятой человек испытал поутру раздражение. Днем он с головой ушел в работу; целиком поглощенный этими мыслями, он не вспоминает о досадном происшествии. Но, принимая решения, он руководствуется этим чувством и отвечает отказом на просьбы и предложения, на которые в иных обстоятельствах ответил бы согласием. Стало быть, воспоминание остается в силе и никуда не исчезает. То, что мы называем настроением или расположением духа, по большей части зависит от представлений, которые влияют на нас, оставаясь ниже
SE 223 порога сознания. Более того, подсознательные представления влияют даже на образ жизни и поведение в целом. Мы ежедневно убеждаемся в том, что при маразме, вызванном, например, развитием паралича на начальной стадии, оковы, которые прежде удерживали человека от многих поступков, слабеют и спадают. Паралитик начинает говорить непристойности в присутствии дам, но когда к нему ненадолго возвращается рассудок, он старается держать себя в руках, хотя не может сознательно вспомнить о своих поступках. Он остерегается их «инстинктивно» и «машинально», стало быть, от грубых выходок его удерживают представления, возникающие в тот момент, когда он чувствует побуждение к подобным действиям, представления, которые тормозят этот импульс, оставаясь ниже порога сознания. Занимаясь любой интуитивной деятельностью, человек всегда руководствуется представлениями, которые по большей части являются подсознательными. Осознаются лишь наиболее заметные и яркие представления, между тем как
WT 242 многие представления, не менее насущные, но более неприметные, остаются бессознательными.

Пытаясь опровергнуть предположение о существовании и влиянии бессознательных представлений, критики чаще всего просто придираются к словам. Спору нет, термин «представление» по определению относится к сознательному мышлению, и поэтому словосочетание «бессознательное представление» противоречит логике. Однако содержание и форма психического процесса, лежащего в основе представления, в отличие от

его количественных параметров, остаются неизменными вне зависимости от того, смогло ли представление преодолеть порог сознания или осталось ниже порога сознания. Достаточно было бы выдумать новый термин, скажем «субстрат представлений», чтобы устранить противоречие и избежать подобных упреков.

Предположение о том, что бессознательные представления лежат в основе патологических феноменов, кажется, тоже не должно вызывать принципиальных возражений. Но стоит продвинуться чуть дальше, как натыкаешься на другие препятствия. Когда бессознательные представления становятся яркими, они eo ipso* проникают в сознание, поскольку, лишь будучи недостаточно яркими, они могут оставаться бессознательными. Но мыслимо ли то, что представление, достаточно яркое для того, чтобы спровоцировать двигательный акт, может быть вместе с тем недостаточно ярким для того, чтобы проникнуть в сознание. Я уже высказывал предположение, которое, возможно, не стоит отметать с порога. Степень яркости наших представлений, а значит, и их способность проникать в сознание, зависит от характера связанного с ними аффекта, от того, какое чувство они вызывают: чувство удовольствия или неудовольствия. Если при появлении представления тотчас резко меняется SE 224
физическое состояние, значит, вызванное им возбуждение, которое в иных обстоятельствах распространилось бы по всему мозгу, направляется по определенным нервным путям; именно потому, что представление это влияет на физическое состояние, поскольку вследствие конверсии обусловленное им психическое раздражение было преобразовано в раздражение соматическое, оно и утрачивает яркость, благодаря которой могло бы выделиться на фоне общего потока представлений; оно попросту теряется среди других представлений.

Допустим, однажды во время трапезы у человека возник сильный аффект, который не был «отреагирован». Впоследствии больного тошнит и рвет всякий раз, когда он пытается поесть, причем сам он считает тошноту сугубо соматическим

* Eo ipso *(лат.)* — тем самым.

симптомом. Истерические рвотные позывы не прекращаются WT 243 до тех пор, пока под гипнозом у больного не вызывают тот же аффект, вынуждая его об этом аффекте рассказать и на него отреагировать. Несомненно, всякий раз, когда он пытался поесть, у него возникало воспоминание об этом аффекте, которое и вызывало рвоту. Однако до сознания оно не доходило, поскольку уже лишилось аффекта, а внимание больного тем временем было приковано к самим рвотным позывам.

Быть может, именно по этой причине больные зачастую не замечают, что определенные представления вызывают у них истерические симптомы. Немудрено упустить из виду представления, лишившиеся аффекта вследствие конверсии, но как объяснить то обстоятельство, что иной раз в сознание не проникают комплексы представлений, ничуть не лишенных аффекта. В изложенных нами историях болезни можно обнаружить множество подобных эпизодов.

Как правило, незадолго до появления соматического симптома или сразу после его появления у подобных пациентов меняется настроение, они становятся вспыльчивыми, раздражительными, печальными, пугливыми, а затем дают волю чувствам и успокаиваются или постепенно приходят в себя по мере исчезновения аффекта и соматического симптома. В первом случае характер аффекта всегда проявляется вполне отчетливо, SE 225 хотя здоровый, да и больной человек, успокоившись, замечает, что сила этого аффекта явно не соразмерна его содержанию. Стало быть, речь идет о достаточно ярких представлениях, способных не только спровоцировать появление соматического симптома, но и вызвать соответствующий аффект, повлиять на ассоциации, выдвигая на передний план родственные им мысли, и все же прозябающих за пределами сознания. Для того чтобы донести эти представления до сознания необходимо применять гипноз, который использовался при лечении пациенток, описанных в первой и во второй историях болезни, или настойчиво подталкивать пациентов к разгадке, пускаясь вместе с ними в долгие и утомительные поиски, описанные в четвертой и пятой историях болезни.

Текущие представления, которые остаются бессознательными, несмотря на то что живости и яркости им не занимать, мы предпочитаем именовать представлениями, не допущенными к сознанию*.

Само существование представлений, не допущенных к сознанию, суть патология. Здоровый человек мог бы осознать все текущие представления, если бы они были достаточно яркими. У наших пациентов мы обнаруживаем крупные комплексы представлений, допущенных к сознанию, и мелкие комплексы представлений, не допущенных к сознанию. Стало быть, в данном случае психическая деятельность, связанная с представлениями, охватывает область более обширную, нежели потенциальное сознание, и распадается на деятельность сознательную и бессознательную, вследствие чего происходит обособление представлений, допущенных и не допущенных к сознанию. Так что этот процесс следует называть не расщеплением сознания, а расщеплением психики. WT 244

Подсознательные представления, в свой черед, не подвержены влиянию со стороны сознательного мышления, поэтому внести в них поправки невозможно. Зачастую к их числу относятся переживания по поводу событий, давным-давно утративших былое значение, опасения, оказавшиеся на поверку напрасными, испытанный некогда ужас, который после спасения уступил место бурному ликованию. Под влиянием чувств, SE 226 сменивших первоначальные ощущения, сознательное воспоминание о подобном событии утрачивает былую эмоциональную окраску; но на подсознательное представление, вызывающее соматические феномены, эти чувства никак не влияют.

Позволим себе привести в пример один случай: на протяжении некоторого времени молодая дама была сильно обеспокоена тем, как складывалась судьба ее младшей сестры. Из-за постоянного волнения регулы начались у нее с опозданием на

* Будучи не вполне однозначным, это определение оставляет желать лучшего; но поскольку за образец мы взяли устойчивое выражение «допущенный ко двору», за неимением лучшего сгодится, пожалуй, и это. — *Прим. автора.*

две недели, хотя обычно начинались вовремя, затем появились болезненные ощущения в левой части подчревной области, пациентка дважды падала в обморок, а очнувшись, обнаруживала, что лежит на полу словно парализованная. Вскоре у нее появились боли в области левого яичника и симптомы тяжелого перитонита. Судя по тому, что у нее не было лихорадки, но возникла контрактура левой ноги (и спины), речь шла о псевдоперитоните. И действительно, когда пациентка спустя несколько лет умерла, при вскрытии выяснилось, что у нее развилась «мелкокистозная дегенерация» обоих яичников, но никаких следов перенесенного перитонита не обнаружили. Со временем опасные симптомы исчезли, но она по-прежнему страдала от боли в области яичника, кроме того, у нее сохранилась контрактура левой ноги, а корпус из-за контрактуры спины словно одеревенел. Контрактуру левой ноги удалось устранить путем внушения под гипнозом. Контрактура спины
WT 245 сохранилась у нее в прежнем виде. К тому времени все дела ее сестры были улажены, так что не осталось ни малейшего повода для беспокойства. Однако истерические симптомы, которые должны были после этого исчезнуть, так и не пошли на убыль. Возникало подозрение, что обусловлены они были изменениями иннервации, которые уже не зависели от первоначальных побудительных представлений. Но как только пациентку вынудили под гипнозом рассказать обо всех событиях, предшествовавших появлению «перитонита» (что она проделала весьма неохотно), она самостоятельно приподнялась в постели, и с тех пор контрактура спины у нее больше не появлялась. (Боль в области яичника, которая наверняка была вызвана изменениями, возникшими задолго до описанных событий, так и не исчезла.) Стало быть, на протяжении нескольких месяцев у пациентки не исчезали патогенные представления, связанные с прежними опасениями, и внести в них поправки с учетом произошедших событий было невозможно.

Допуская возможность существования комплексов представлений[22], которые никогда не проникают в сознание во время бодрствования и не подвержены влиянию со стороны сознательного мышления, мы заодно признаем и то, что расщепле-

ние психики на две относительно независимые друг от друга части происходит даже при такой простой истерии, какую мы описали выше. Я не утверждаю, что в основе всех феноменов, SE 227
именуемых истерическими, лежит подобное расщепление, но вполне допускаю, что «расщепление сознания, ярко проявляющееся в известных классических случаях в виде double conscience, в рудиментарной форме наличествует при любой истерии, а предрасположенность к такой диссоциации и погружению за счет нее в аномальное состояние сознания, которое мы кратко назвали бы "гипноидным", является основным феноменом этого невроза».

Прежде чем перейти к обсуждению этих феноменов, необходимо сделать еще одно замечание по поводу бессознательных представлений, которые дают повод для появления соматических симптомов. Довольно часто истерические симптомы подолгу не исчезают, как не исчезала контрактура у вышеописанной пациентки. Не означает ли подобная стойкость симптомов, что все это время побудительное представление остается неизменно ярким и насущным? Полагаю, что так оно и есть. Несомненно, у здоровых людей в ходе психической деятельности представления быстро сменяют друг друга. Но когда человек погружается в глубокую меланхолию, им надолго овладевает одно-единственное тягостное представление, которое все это время остается ярким и насущным. Более того, мы вправе предположить, что поглощенный заботами здоровый человек тоже не может избавиться от беспокойства, которое отража- WT 246
ется на его лице, даже если сознанием его владеют совсем другие мысли. В той обособленной области, где разворачивается психическая деятельность, которая, по нашему мнению, связана у истериков с бессознательными представлениями, содержится так мало этих представлений и так редко происходят перемены, поскольку она почти не подвержена влиянию внешних факторов, что там бессознательные представления вполне могут подолгу оставаться яркими.

Коль скоро мы, подобно Бине и Жане, утверждаем, что расщепление психической деятельности является ключевым мо-

ментом истерии, нам и следует по мере сил разобраться в этом явлении. Нет ничего проще, чем вообразить «сознание», «conscience», некой вещью, по инерции предполагая, что за существительным всегда скрывается сущность; из-за привычки к употреблению топографических метафор, вроде «подсознания»,
SE 228 сама метафора со временем может позабыться, и останется голая идея, которой можно жонглировать как угодно, поверив в ее подлинность. Так и создается мифология.

Пространственные категории, словно назойливые провожатые, навязывают свою помощь нашему мышлению, поэтому и мысли свои мы описываем при посредстве пространственных метафор. Когда заходит речь о представлениях, обнаруживаемых в светлых областях сознания, и тех бессознательных представлениях, которые никогда не выхватывает из мрака свет самосознания, мы почти невольно рисуем в воображении озаренную солнцем крону дерева, чьи корни погружены во тьму, или темный подвал большого здания. Но если мы отдаем себе отчет в том, что все эти пространственные образы по сути своей метафоричны, сколь бы соблазнительной не казалась возможность приложить эти мерки к мозгу, то мы вольны вести речь о сознании и подсознании, не выходя за очерченные рамки.

Для того чтобы не заморочить себе голову собственными метафорами, нужно постоянно помнить о том, что сознательные и бессознательные представления возникают в одном месте: в мозгу, а скорее всего, в коре головного мозга. Мы не знаем,
WT 247 как это происходит. Впрочем, мы и без того знаем так мало о психической деятельности, разворачивающейся в коре головного мозга, что еще одна загадка едва ли преумножит наше беспредельное неведение. Остается лишь констатировать, что во время бодрствования психическая деятельность у истериков отчасти не доступна сознательному восприятию, поэтому и происходит расщепление психики.

Общеизвестно, что подобное разграничение психической деятельности происходит на некоторых стадиях истерических припадков определенного рода. В начале припадка сознательное мышление зачастую прекращается, но затем постепенно восстанавливается. Многие умные и образованные пациенты

уверяют, что во время припадков их сознательное Я, прекрасно отдавая себе отчет в происходящем, с любопытством и удивлением взирает на их безумные выходки и внимает тому вздору, который они несут. Ошибочно полагая, что при желании ничего не стоило в любой момент прекратить припадок, подобные пациенты готовы возложить всю вину на себя и лишь сетуют на то, что «им не следовало так поступать». (Именно это ощущение чаще всего заставляет пациентов наговаривать на себя и уверять, что они симулировали болезнь.) Но вскоре случается SE 229
еще один припадок, и сознательному Я опять не удается с ним справиться. В этом состоянии мышление и представления, относящиеся к сознательному Я, соседствуют с представлениями, которые прежде прозябали во тьме бессознательного, а ныне не только руководят мышечной и речевой функцией, но и завладевают существенной частью воображения, так что расщепление психики становится очевидным.

Правда, о расщеплении самого сознания, а не только психической деятельности, можно вести речь преимущественно в свете исследований, проведенных Бине и Жане; как известно, этим исследователям удалось вступить в контакт с «подсознанием» пациентов, подступиться к той части психической деятельности, о которой сознательное Я пациентов не ведало; причем они обнаружили, что во многих случаях все психические функции, включая самосознание, оставались в силе, поскольку пациенты помнили о своих прежних душевных переживаниях. Стало быть, эта половинчатая психика вполне самодостаточна и сама по себе обладает сознанием. У наших пациентов отколовшаяся часть психики была «в беспросветной мгле»[23], словно титаны, низвергнутые в жерло Этны, которые могут лишь сотрясать землю, но никогда не выберутся на свет. Жане описывает пациентов, у которых психическое царство WT 248
распалось окончательно, хотя поначалу главенство принадлежало лишь одной области. Но судя по известным случаям double conscience, это различие тоже стирается, когда две половинки сознания начинают проявляться поочередно, не уступая друг другу по части функциональных способностей.

Впрочем, вернемся к представлениям, которые, судя по нашим наблюдениям, послужили причиной появления истерических

симптомов у наших пациентов. Мы бы многое упустили, если бы сказали, что среди таковых встречаются лишь представления «подсознательные» и представления, «не допущенные к сознанию». Между сознательными представлениями, вызывающими необычный рефлекс, и представлениями, никогда не возникающими во время бодрствования и доходящими до сознания лишь под гипнозом, почти непрерывной чередой растянулись представления, которые характеризуются плавным снижением степени ясности. Тем не менее мы считаем доказанным тот факт, что при развитой истерии происходит расщепление психики, и
SE 230 полагаем, что одного этого факта достаточно для того, чтобы выдвинуть психическую теорию истерии.

Какие же предположения можно высказать по поводу наиболее вероятных причин и механизма возникновения этого феномена?

П. Жане, внесший неоценимый вклад в теорию истерии, выдвинул свою трактовку этого явления, под которой мы бы не подписались, хотя в целом наши мнения по поводу истерии совпадают.

По мнению Жане, предпосылки для «раздвоения личности» создает врожденная психическая неполноценность (insuffisance psychologique); нормальная душевная деятельность предполагает наличие более или менее развитой способности к «синтезу», позволяющей сводить воедино разрозненные представления. Эта способность необходима даже для обобщения ощущений, исходящих из органов чувств, благодаря которому возникает цельная картина внешнего мира; как раз эта психическая функция у истериков заметно снижена. Сосредоточив все внимание на одном предмете, например на определенных ощущениях, нормальный человек может ненадолго утратить способность к сознательному восприятию и осмыслению ощущений, исходящих из других органов чувств. Истерик не проявляет эту
WT 249 способность даже в тот момент, когда внимание его не приковано к определенному предмету. Если истерик что-то воспринимает, то все остальные ощущения до его сознания не доходят. Более того, он не способен свести воедино и истолковать

даже те ощущения, которые исходят из одного органа чувств; например, он может сознательно воспринимать лишь те тактильные ощущения, которые возникают в одной половине тела; причем сигналы, поступающие из другой половины тела, достигают соответствующего центра и учитываются при координации движений, но не доходят до сознания. Это расстройство чувствительности называется гемианастезией.

У нормального человека при появлении представления возникает множество ассоциаций, поэтому одно представление увязывается с другими представлениями, которые способны его поддержать или удержать, и лишь под влиянием предельно яркого и мощного представления ассоциации могут остаться ниже порога сознания. У истериков это происходит сплошь и рядом. Сознательная психическая деятельность истерика столь ничтожна, что любое представление может овладеть всем его существом. Именно поэтому больные отличаются повышенной возбудимостью.

Эту особенность психики истериков Жане называет «сужением поля сознания» по аналогии с термином «сужение поля SE 231 зрения». Ощущения, избежавшие апперцепции, и представления, которые возникли, но не дошли до сознания, чаще всего бесследно исчезают, но иной раз объединяются в комплексы, образуя отторгнутые от сознания психические напластования: подсознание.

По мнению Жане, истерия, в основе которой лежит описанное расщепление психики, представляет собой «une maladie de faiblesse»[24]; именно поэтому она развивается преимущественно в тех случаях, когда под влиянием каких-то обстоятельств изначально ослабленная психика еще больше слабеет или подвергается нагрузкам, вынести которые ей явно не по силам.

Сказанного вполне достаточно для того, чтобы получить представление о том, что думает Жане по поводу предрасположенности к истерии, по поводу того, что можно назвать typus hystericus* (подразумевая под этим нечто вроде typus phthisicus**, к которому относят людей с узкой удлиненной грудной

* Typus hystericus *(лат.)* — истеричный тип.

** Typus phthisicus *(лат.)* — чахоточный тип.

клеткой, маленьким сердцем и т. д.). Жане полагает, что предрасположенность к истерии обусловлена особым врожденным слабоумием. Мы придерживаемся иного мнения, которое можем вкратце сформулировать следующим образом: не слабо-
WT 250 умие пациентов вызывает расщепление психики, а как раз эта фрагментация психической деятельности, из-за которой функциональные способности сознательного мышления сохраняются лишь отчасти, придает пациентам сходство со слабоумными. Так что назвать слабоумие характерной чертой typus hystericus, квинтэссенцией предрасположенности к истерии, мы не можем.

Это утверждение можно проиллюстрировать следующим примером. Когда мы занимались лечением одной дамы (фрау Сесилии М.), состояние ее не раз менялось у нас на глазах. Поначалу она чувствовала себя довольно хорошо, как вдруг у нее появлялся истерический симптом: мучительная неотвязная галлюцинация, невралгия и т. п. Состояние больной ухудшалось, заодно убывали и ее умственные способности, да так заметно, что спустя пару дней любой человек, увидевший пациентку впервые, наверняка принял бы ее за слабоумную. Затем ей удавалось разрешиться от бремени бессознательного представ-
SE 232 ления (которым зачастую было воспоминание о давней психической травме); это происходило либо с подачи врача, под гипнозом, либо после того, как сама она, неожиданно распалившись, с большим чувством рассказывала о взволновавшем ее событии. Избавившись от мучительного симптома, она не просто успокаивалась и веселела, а менялась до неузнаваемости, и всякий раз нам оставалось лишь поражаться ее уму, рассудительности, ясности и точности ее суждений. Она любила играть в шахматы и знала в них толк, причем охотно играла по две партии одновременно, а это едва ли свидетельствует об отсутствии способности к синтезу. Оставалось предположить, что в периоды плохого самочувствия доля психической деятельности, связанной с бессознательным представлением, с каждым днем увеличивалась, и по мере усиления влияния этого представления доля сознательного мышления постепенно сокращалась и убывала до такой степени, что пациентка на-

чинала напоминать слабоумную. Но когда пациентке удавалось «собраться с мыслями», как говаривала она сама, употребляя удивительно меткое венское выражение, она выказывала незаурядные умственные способности.

В отличие от нормального человека, который способен на чем-то сосредоточиться, истерик может быть лишь чем-то «поглощен». Когда нормальный человек всецело «поглощен» ярким представлением, например чем-то озабочен, его умственные способности тоже снижаются.

На воззрения любого наблюдателя сильно влияет объект наблюдения, и скорее всего, суждения Жане в значительной степени продиктованы тем, что он проводил тщательное обследование слабоумных истериков, которые содержатся в лечебницах или домах призрения, поскольку из-за болезни или WT 251
слабоумия сами о себе позаботиться не могут. Занимаясь обследованием вполне образованных и дееспособных истериков, мы склоняемся к совершенно иному мнению об их психике. Мы полагаем, что «среди истериков можно встретить людей, наделенных ясным и критическим умом, недюжинной силой воли и сильным характером». Истерия ни в коей мере не лишает одаренного человека умственных способностей, из-за болезни истерик подчас просто не может ими воспользоваться. Да и сама Святая Тереза[25], заступница и покровительница истериков, слыла женщиной гениальной и прекрасно разбиралась в житейских делах.

Разумеется, чрезмерная глупость, неприкаянность, беспомощность и безволие не спасают от истерии. Даже не прини- SE 233
мая в расчет тех пациентов, чьи умственные способности пострадали уже в ходе болезни, следует признать, что чаще всего среди больных, страдающих истерией, встречается именно тип слабоумного истерика. Но и эти больные отличаются не тупоумием и флегматичностью, а скорее чрезмерной живостью ума, из-за которой они становятся рассеяннными. О врожденной предрасположенности к истерии мы поговорим чуть позже, а пока лишь отметим, что мы категорически не согласны с мнением Жане, согласно которому в основе самой истерии и расщепления психики лежит слабоумие.

Я придерживаюсь диаметрально противоположной точки зрения. В отличие от Жане, я полагаю, что предпосылки для распада психики создает чрезмерная психическая активность, обусловленная тем, что сосуществование двух групп гетерогенных представлений становится привычным явлением. Уже не раз указывали на то, что человек способен не только «машинально» работать, пока в сознании у него возникают и тянутся вереницей представления, не имеющие никакого отношения к текущей деятельности, но и выполнять психические акты в тот момент, когда мысли его «заняты чем-то другим»; например, бывает, читаешь вслух без ошибок и с правильной интонацией, а потом не можешь вспомнить ни строчки.

Многие люди не могут полностью сосредоточиться не только на занятиях, подразумевающих некоторую машинальность действий, например на вязании или исполнении гамм, но и на тех занятиях, которые требуют приложения некоторых умственных усилий. Это относится прежде всего к людям деятель- WT 252 ным и непоседливым, которых настолько утомляет однообразная, примитивная, скучная работа, что поначалу они сами стараются думать о чем-нибудь ином, чтобы хоть как-то развлечься. (Достаточно вспомнить «мой театр» Анны О., описанный в первой истории болезни.) Нечто подобное случается и с тем, кому неожиданно приходят на ум интересные, но назойливые мысли, почерпнутые из книги, пьесы и т. п. Если в череде посторонних мыслей выделяются «эмоционально окрашенные» представления, связанные с волнением или тоской по возлюбленному, то они становятся более назойливыми. Человек, поглощенный подобными мыслями, погружается в состояние, о котором мы упоминали выше. Впрочем, это не мешает многим людям выполнять не слишком сложные обязанности. Светские условности зачастую вынуждают человека совмещать самые напряженные размышления с иными занятиями. Например, дама, принимающая гостей, может оставаться радушной SE 234 хозяйкой, несмотря на то, что ее одолевает мучительное беспокойство или сильное волнение. То же самое, хотя и с меньшим напряжением, мы проделываем на службе; но каждый человек наверняка знает по собственному опыту, что аффек-

тивные представления, объединенные в группу, не просто возникают от случая к случаю, под влиянием ассоциаций, а подолгу владеют умом, ибо, единожды проникнув в сознание, они не исчезают и не утрачивают яркости до тех пор, пока их место не займет иное сильное впечатление или волеизъявление.

В сознании людей, не имеющих обыкновения предаваться мечтам, выполняя привычные обязанности, но вынужденных подолгу пребывать в определенном состоянии, наряду с мимолетными впечатлениями и непосредственными реакциями на текущие события тоже присутствует группа эмоционально окрашенных представлений. «Post equitem sedet atra cura»*. Так происходит прежде всего в тех случаях, когда человек ухаживает за больным, который ему дорог, или питает к кому-то нежные чувства. Судя по результатам тщательного анализа историй болезни, в большинстве случаев главная партия в генезе истерии принадлежит именно уходу за больным и сексуальному аффекту.

На мой взгляд, из-за того, что у человека, имеющего обыкновение предаваться мечтам или вынужденного в силу обстоятельств подолгу ощущать воздействие аффекта, психические способности удваиваются, может и впрямь развиться предрасположенность к патологическому расщеплению психики. Расщепление психики происходит в том случае, если между двумя группами представлений, одновременно присутствующими в сознании, возникают расхождения из-за того, что содержание одних представлений уже не соответствует содержанию других представлений, иначе говоря, если в одну из названных групп входят представления, не допущенные к сознанию: представления, от которых человек постарался защититься, или представления, возникшие на фоне гипноидного состояния. WT 253
В этих условиях слияние двух потоков представлений, которые у здорового человека разделяются лишь эпизодически, произойти не может, что позволяет упрочить положение отколовшейся области бессознательной психической деятельности. С «удвоением Я» здорового человека истерическое расщепле-

* Post equitem sedet atra cura *(лат.)* — за всадником восседала черная забота[26].

ние психики соотносится точно так же, как гипноидное состояние с нормальной мечтательностью. Гипноидному состоянию придает патологический характер амнезия, а расщеплению психики — неспособность некоторых представлений проникнуть в сознание.

На примере истории болезни Анны О., на которую мне постоянно приходится ссылаться, можно показать, как это происходит. Будучи совершенно здоровой, девушка пристрастилась мечтать и размышлять о посторонних предметах, выполняя привычные обязанности. Когда обстоятельства благоприятствовали самогипнозу, в мечты пациентки проник аффект страха, под влиянием которого она погрузилась в гипноидное состоя-
SE 235 ние, вызвавшее амнезию. Затем она стала погружаться в это состояние при любом удобном случае, так что запас гипноидных представлений постоянно пополнялся; впрочем, тогда гипноидное состояние еще чередовалось с нормальным бодрствованием.

Спустя четыре месяца гипноидное состояние овладело ею полностью; поскольку истерические припадки, носившие прежде эпизодический характер, слились воедино, у нее развилась état de mal, острая истерия в тяжелейшей форме. На протяжении нескольких месяцев пациентка не выходила из гипноидного состояния, которое принимало всевозможные формы (в течение определенного периода она пребывала в сомнамбулическом состоянии). Затем ее удалось силой вывести из этого состояния, после чего оно опять стало чередоваться с нормальным психическим состоянием. Однако и на фоне нормального состояния не исчезали соматические и психические симптомы (контрактура, гемианастезия, парафазия), в основе которых, по нашим сведениям, лежали представления, возникшие у пациентки в гипноидном состоянии. Это свидетельствует о том, что «подсознание» остается в силе, комплекс гипноидных представлений не исчезает и расщепление психики сохраняется даже в тот момент, когда человек пребывает в нормальном состоянии.

У меня нет в запасе второго примера, но я полагаю, что и одного примера достаточно для того, чтобы пролить свет на

процесс развития травматического невроза. В течение нескольких дней после несчастного случая потерпевший погружается в гипноидное состояние на почве испуга всякий раз, когда вспоминает об этом происшествии; но с каждым разом это воспоминание все меньше пугает человека, поэтому вскоре гипноидное состояние перестает чередоваться с бодрствованием, и соответствующие представления просто присутствуют на фоне сознательного мышления. Коль скоро человек постоянно пребывает в таком состоянии, соматические симптомы, WT 254 которые прежде возникали во время приступов страха, не исчезают. Впрочем, по этому поводу я могу лишь строить предположения, поскольку анализировать подобное расстройство мне ни разу не доводилось.

Результаты аналитических исследований и наблюдений, проведенных Фрейдом, свидетельствуют о том, что расщепление психики может быть обусловлено также «защитой», при которой сознание умышленно ограждается от неприятного представления, но случается это лишь у некоторых людей, обладающих, по всей вероятности, какими-то особыми психическими свойствами. У обычного человека подобные представления либо подавляются и исчезают, либо по какой-то причине не подавляются и поэтому периодически возникают в сознании. В чем заключается своеобразие психики тех людей, которые применяют защиту, я сказать не берусь. Осмелюсь лишь предположить, что при защите превращение конвертированных представлений в бессознательные представления, сопровождаемое еще и настоящим расщеплением психики, едва ли обходится без участия гипноидного состояния. Самогипноз создает, так SE 236 сказать, пространство, в котором разворачивается бессознательная психическая деятельность и в которое оттесняются представления, исторгнутые из сознания вследствие защиты. Как бы то ни было, нельзя не признать тот факт, что «защита» оказывает ощутимое влияние на развитие болезни.

Тем не менее, я не думаю, что генез расщепления психики исчерпывается этими более или менее изученными процессами. Например, на начальной стадии развития истерии в тяжелой форме чаще всего обнаруживается синдром, который мож-

но назвать острой истерией. (В анамнезе болезни истериков мужского пола этот синдром фигурирует под названием «воспаление мозга», а при обследовании истеричек в связи с жалобами на боли в области яичников ставится диагноз «воспаление брюшины».)

На стадии острой истерии отчетливо проявляются признаки психоза: маниакальная взбудораженность, приступы ярости, быстрое чередование истерических симптомов, галлюцинации и т. п. В этих обстоятельствах процесс расщепления психики может развиваться иначе. Возможно, всю эту продолжительную стадию следует рассматривать как период пребывания в гипноидном состоянии, из рудиментов которого и формирует-
WT 255 ся ядро комплекса бессознательных представлений, между тем как в сознательной памяти они не остаются. Поскольку чаще всего нам не удается узнать, каковы условия возникновения острой истерии (а я не решаюсь утверждать, что этот процесс всегда развивается так, как он развивался в случае Анны О.), психическое расщепление такого рода, в отличие от расщепления, которое мы рассматривали выше, следовало бы назвать иррациональным*. Наверняка расщепление может принимать и другие формы, еще неизвестные молодой науке о психологии человека, ибо мы лишь приступаем к освоению этой области и новые знания, несомненно, внесут коррективы в наши нынешние представления.

Пришла пора выяснить, что нового мы узнали об истерии за последние годы, после того как был открыт и изучен феномен
SE 237 расщепления психики. Пожалуй, значение этого открытия для понимания сущности истерии невозможно переоценить.

Опираясь на новые знания, мы можем предполагать, что возникновение с виду сугубо соматических симптомов объяс-

* Вместе с тем следует отметить, что как раз в том случае, когда истерию в тяжелой форме с явственными признаками double conscience удалось изучить досконально (в случае Анны О.), было установлено, что рудименты симптомов, возникавших на стадии острой истерии, не сохранялись на стадии хронической истерии и все симптомы, возникшие на этой стадии, развились уже в течение «инкубационного периода», на фоне гипноидного состояния и состояния аффекта. — *Прим. автора.*

няется наличием неких представлений, даже если в сознании больного эти представления не обнаруживаются. Вряд ли нужно еще раз останавливаться на этом вопросе.

Благодаря этому открытию мы получили, по меньшей мере, некоторые доказательства того, что истерический припадок обусловлен воздействием комплекса бессознательных представлений (я имею в виду прежде всего исследования Шарко).

Изучив феномен расщепления психики, мы поняли, чем обусловлены многие особенности психического состояния истериков, и вот этот вопрос, скорее всего, стоит обсудить более подробно.

«Бессознательные представления» никогда или почти никогда не проникают в сознание во время бодрствования, но оказывают на него влияние. Во-первых, человек замечает результаты их воздействия, когда, например, его изводит совершенно необъяснимая, бессмысленная галлюцинация, значение и мотивы появления которой раскрываются под гипнозом.

Во-вторых, они оказывают влияние на ассоциации, поскольку придают отдельным представлениям живость, которую те не WT 256
смогли бы обрести, если бы не получили подкрепление из бессознательного. Поэтому больного с некоторой навязчивостью преследуют одни и те же представления, которые ему волей-неволей приходится обдумывать. (То же самое происходит в том случае, когда пациента, страдающего гемианестезией, описанной Жане, и не испытывающего никаких тактильных ощущений, пока врач пальпирует его бесчувственную руку, просят назвать любое число на выбор, и он неизменно выбирает именно то, которое соответствует количеству прикосновений.) В-третьих, бессознательные представления влияют на расположение духа, на настроение. Когда Анна О. начинала припоминать то, что предшествовало событию, которое впервые подало повод для возникновения некоего сильного аффекта, настроение ее сразу менялось под стать этому аффекту, и лишь через несколько дней ей удавалось вспомнить о самом событии, да и то под гипнозом.

Это позволяет понять, почему у пациентов бывает такое «переменчивое настроение», почему настроение у них может

испортиться, казалось бы, безо всякого повода, безо всякого разумного объяснения. Разумеется, впечатлительность истериков обусловлена по большей части чрезмерной возбудимостью, которая вообще им свойственна; но достаточно представить, что «отколовшаяся часть их психики» откликается на малей-
SE 238 шее раздражение как резонатор на звук камертона, чтобы понять, почему довольно незначительные происшествия могут не на шутку их взволновать. Стоит некоему происшествию вызвать у истерика «бессознательное» воспоминание, как наружу вырывается мощный аффект, которым проникнуто это неиздержанное представление, аффект, совершенно несоразмерный тому, какой могла бы в одиночку произвести на свет сознательная психика.

Выше (см. стр. 280) мы сообщали об одной пациентке, чьи функциональные психические способности обратно пропорциональны яркости ее бессознательных представлений. В данном случае снижение умственных способностей лишь отчасти обусловлено своеобразной рассеянностью; после того как у нее на миг «помрачается сознание» — а иной раз сознание помрачается у нее беспрестанно, — она не может припомнить, о чем думала в момент помрачения. Она пребывает то в «condition prime»*, то в «condition seconde», склоняясь то в сторону комплекса сознательных представлений, то в сторону комплекса бессознательных представлений. Однако умственные ее способности снижаются не только по этой причине и не просто от того, что ею овладевает аффект, исходящий из бессознательного. Пребывая в подобном состоянии, мыслит она вяло, рассуждает, точно ребенок, поэтому, как уже отмечалось, ее можно принять за слабоумную. На мой взгляд, это обусловлено нехват-
WT 257 кой энергии, необходимой для сознательного мышления, поскольку большое количество психического возбуждения затрачивается на бессознательную деятельность.

Если же отколовшаяся часть психики пребывает в состоянии возбуждения не эпизодически, а постоянно, что характерно для страдающих гемианастезией пациентов Жане, у кото-

* Condition prime *(фр.)* — первое состояние.

рых ощущения, возникающие в одной половине тела, воспринимаются только бессознательной психикой, то доля сознательного мышления в деятельности головного мозга столь заметно сокращается, что одного этого факта достаточно для того, чтобы объяснить феномен психической неполноценности, каковую Жане склонен считать врожденной. Пожалуй, немного наберется на свете людей, которым, подобно Бертрану де Борну Уланда[27], «не нужно больше половины их ума». Как правило, при подобном сокращении общего объема психической энергии люди становятся слабоумными.

По всей видимости, именно по вине душевной слабости, обусловленной расщеплением психики, некоторые *истерики легко поддаются внушению, что имеет для них серьезные последствия. (Отнюдь не случайно я написал «некоторые истерики», ибо среди подобных больных наверняка встречаются весьма рассудительные и недоверчивые люди.)*

Говоря о внушаемости, мы имеем в виду прежде всего неспособность критически оценивать собственные представления и их комплексы (суждения), а также мысли, высказанные другими людьми, почерпнутые из книг и т. п. Критическая оценка SE 239 любых представлений, едва успевших проникнуть в сознание, заключается в том, что они ассоциируются с другими представлениями, среди которых попадаются представления, с ними не совместимые. Стало быть, сопротивление, на которое они наталкиваются, обусловлено наличием противоречащих им представлений в потенциальном сознании, а сила сопротивления зависит от соотношения степени яркости новых представлений и представлений, возникающих в памяти. Даже среди людей, обладающих нормальными умственными способностями, показатели эти заметно различаются. От этого по большей части и зависит так называемый душевный темперамент. Возможно, сангвиника приводят в восторг новые знакомства и свежие идеи именно потому, что образы, запечатленные у него в памяти, в отличие от образов, которые хранит в памяти уравновешенный «флегматичный» человек, слабее новых впечатлений. Когда человек пребывает в патологическом состоянии, степень сопротивления новым представлениям снижается из-

за недостатка мнемонических образов, скудости и слабости ассоциаций; чем меньше возникает в этот момент мнемонических образов, тем значительнее становится перевес новых представлений над прежними; нечто подобное происходит во сне и
'T 258
под гипнозом, да и всякий раз, когда психическая энергия идет на спад, коль скоро это не влечет за собой заодно и снижение степени яркости новых представлений.

Отколовшаяся, бессознательная часть психики пациентов, страдающих истерией, легко поддается внушению, поскольку изначально вмещает в себя слишком мало представлений. Впрочем, внушению легко поддается и сознательная психика некоторых истериков. Скорее всего, это объясняется тем, что истерики вообще отличаются повышенной возбудимостью, поэтому новые представления всегда кажутся им необыкновенно яркими. При этом их собственная мыслительная деятельность идет на спад, у них возникает меньше ассоциаций, поскольку на сознательное мышление после отщепления «бессознательного» затрачиваются лишь остатки психической энергии.

Истерики слабо сопротивляются, а порой вообще не могут сопротивляться самовнушению или внушению, произведенному извне. Возможно, именно поэтому они легко поддаются чужому влиянию. Галлюцинации, при которых любое представление об ощущении превращается в подлинное ощущение, напротив, подобно всем галлюцинациям, подразумевают повышение степени возбудимости органа восприятия, поэтому подобная внушаемость истериков не может быть обусловлена исключительно расщеплением психики.

VI. ВРОЖДЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ; РАЗВИТИЕ ИСТЕРИИ

SE 240

Почти в каждом абзаце мне приходится указывать на то, что в основе многих феноменов, которые мы стараемся осмыслить,

могут лежать врожденные особенности психики. Никакому объяснению они не поддаются, так что нам не остается ничего иного, как просто признать факт их существования. Да и сама способность человека заболеть истерией наверняка связана с какими-то особенностями его психики, поэтому попытка дать им более точное определение, скорее всего, не лишена смысла.

Я уже объяснял, почему мы не разделяем мнение Жане о том, что предрасположенность к истерии обусловлена врожденной психической неполноценностью. Практикующий врач, который пользует целые семьи, состоящие из истериков всех возрастов, наверняка сказал бы, что предрасположенность к истерии обусловлена скорее переизбытком, чем недостатком умственных способностей. В юности будущие истерики отличаются живостью, выказывают незаурядные способности, имеют интеллектуальные увлечения, зачастую проявляют недюженную силу воли и настойчивость. Именно среди них встречаются девушки, встающие по ночам, дабы штудировать какой-нибудь предмет, поскольку родители запретили им его изучать, опасаясь того, что они могут переутомиться. Быть может, здравомыслием они одарены не больше других, но им редко бывают свойственны равнодушие, вялость мысли и глупость. Их творческая энергия бьет ключом, поэтому один мой друг всерьез утверждал, что истерики — это украшение общества, столь же бесполезное и вместе с тем столь же восхитительное, что и сорванные цветы.

WT 259

Резвые, непоседливые, неугомонные, охочие до новых впечатлений, постоянно над чем-то размышляющие, неспособные выносить рутину и скуку, истерики относятся к числу тех людей, чья нервная система, пребывая в состоянии покоя, вырабатывает избыточное возбуждение, которое нужно как-то употребить (см. стр. 239). В период полового созревания и без того слишком сильное возбуждение возрастает под влиянием половых желез. Это избыточное возбуждение может поспособствовать появлению патологических феноменов, но для того, чтобы они приняли форму симптомов болезни, индивид должен обладать совершенно особыми свойствами, ибо люди энергичные и легко возбудимые в большинстве своем истериками не являются.

SE 241 Выше я дал этому особому свойству психики довольно приблизительное и невнятное определение, назвав его «чрезмерной возбудимостью нервной системы». Быть может, следует пойти чуть дальше и предположить, что указанное свойство обусловлено тем, что у таких людей внутримозговое возбуждение может поступать не только в сенсорный аппарат, воспринимающий de norma лишь импульсы, возникающие под воздействием периферических раздражителей, но и в пределы вегетативной нервной системы, которая, как правило, ограждена от центральной нервной системы мощными резисторами. Возможно, одного предположения о поступлении неизбывно-
WT 260 го чрезмерного возбуждения в пределы сенсорного, вазомоторного и висцерального аппаратов достаточно для того чтобы объяснить некоторые патологические феномены.

Когда внимание человека, обладающего такими свойствами, в силу необходимости сконцентрировано на определенной части тела, «сосредоточенное», по выражению Экснера, проторение проводящих путей чувствительных нервов производится слишком интенсивно; по этим путям устремляется поток свободного возбуждения, вследствие чего развивается местная гиперальгезия, поэтому болевые ощущения, возникающие по той или иной причине, усиливаются до предела и любая боль кажется «ужасной» и «невыносимой». Тогда как у нормального человека величина возбуждения, захватившего проводящий путь чувствительных нервов, со временем сокращается, в данном случае уровень возбуждения, напротив, поднимается, поскольку оно постоянно прибывает. Например, вследствие травмы сустава развивается невроз, связанный с пострадавшим суставом, а неприятные ощущения, обусловленные набуханием яичников, оборачиваются затяжными болями в области яичников.

У таких людей нервный аппарат, обслуживающий систему кровообращения, в большей степени подвержен влиянию со стороны центральной нервной системы, чем у людей нормальных: от волнения у них резко учащается сердцебиение, они часто падают в обморок, слишком сильно краснеют и бледнеют.

Впрочем, в этих условиях не только раздражение, вызванное притоком внутримозгового возбуждения, но и вполне адекватное функциональное раздражение вызывает со стороны периферических нервов слишком резкие и противоестественные реакции. Сердцебиение учащается не только в минуту душевного волнения, но и вследствие физического напряжения, а сосудодвигательные нервы способны спровоцировать сжатие артерий (которым обусловлен, например, симптом «мертвых пальцев»), не подвергаясь никакому воздействию со стороны психики. И если незначительная травма сустава влечет за собой развитие соответствующего невроза, то вследствие скоротечного бронхита аналогичным образом возникает астма на нервной почве, а кратковременное несварение оборачивается постоянными желудочными коликами. Стало быть, то обстоятельство, что у таких людей внутримозговое возбуждение может свободно проникать в пределы нервной системы, следует признать лишь частным проявлением их общей чрезмерной возбудимости*, хотя в данном случае эта уязвимость представляет для нас особый интерес. WT 261

Поэтому я отнюдь не уверен и в том, что, принимая во внимание эти симптомы, которые, возможно, следовало бы назвать просто «нервическими», нужно отказаться от старой «рефлекторной теории». Например, тошнота у беременных женщин, отличающихся чрезмерной возбудимостью, вполне может возникать рефлекторно, под воздействием импульсов, исходящих из матки, поскольку в этот момент происходит растяжение матки, или вследствие кратковременного набухания яичников. Коль скоро импульсы, поступающие из органов, подвергающихся изменению, могут передаваться на расстояние, а в организме, как известно, обнаруживается множество престранных «точек пересечения», нельзя с порога отметать предположение о том, что нервические симптомы, которые появились однажды под воздействием психического раздражения, могут иной раз возникать рефлекторно, под влиянием импульсов, посту- SE 242

* Оппенгейм называет это свойство «лабильностью молекул». — *Прим. автора.*

пающих из отдаленных органов. Более того, рискуя прослыть приверженцем стародавней ереси, я допускаю, что даже парез ноги может возникнуть рефлекторно, вследствие заболевания половых органов, а не только под воздействием психических факторов. На мой взгляд, не стоит слишком уж полагаться на то, что законы, о существовании которых мы недавно узнали, действуют повсеместно.

Иные расстройства, связанные с изменением степени возбудимости чувствительных нервов, вообще недоступны пониманию; к их числу относятся полное отсутствие болевой чувствительности, появление на теле бляшек, лишенных чувствительности, сужение поля зрения и т. д. Возможно, в ходе дальнейших исследований удастся доказать, что тот или иной симптом такого рода обусловлен определенными психическими факторами, и вникнуть в его сущность. Наверняка так оно и будет, но пока это не произошло (обобщать данные, полученные в ходе лечения Анны О., я бы не решился), и поэтому я не стал бы заранее предполагать, что симптомы эти имеют психическое происхождение.

Что же касается некоторых общеизвестных особенностей характера истериков, то они, по всей видимости, могут быть обусловлены вышеописанным свойством психики и нервной системы. Пребывая в состоянии покоя, нервная система истериков вырабатывает избыточное возбуждение, поэтому они не могут выносить однообразие и скуку. Свойственная им потребность в сильных ощущениях вынуждает их «вносить некоторое разнообразие» в ту монотонную жизнь, которую им приходится вести во время болезни, и в сложившихся обстоятельствах такую возможность предоставляют им прежде всего
SE 243 патологические феномены. Зачастую этому немало способствует самовнушение. Влекомые нозоманией, потребностью ощутить себя больным, которая отличает истериков точно так же, как нозофобия, боязнь заболеть, выдает ипохондриков, они могут зайти довольно далеко. Я знаком с одной истеричкой,
WT 262 которая втайне от родственников и лечащего врача ради забавы наносила себе зачастую довольно серьезные увечья. Когда ей бывало нечем заняться, она запиралась у себя в комнате и

в одиночестве совершала всевозможные глупые выходки только затем, чтобы доказать самой себе, что она ненормальная. Она прекрасно отдает себе отчет в том, что ведет себя как сумасшедшая, плохо справляется со своими обязанностями и находит себе оправдание в этих поступках. Другая пациентка, чересчур совестливая дама, не уверенная даже в своих собственных чувствах, воспринимает любой истерический симптом как некое прегрешение, поскольку «у нее наверняка не было бы ничего подобного, если бы она по-настоящему этого хотела». Когда врач по ошибке счел парез ноги следствием заболевания позвоночника, она восприняла это известие как отпущение грехов, но стоило объявить, что она может избавиться от этого недуга, поскольку он возник «на нервной почве», как ее стали мучить угрызения совести. В данном случае в основе нозомании лежит стремление пациентки доказать себе самой и всем остальным, что она по-настоящему больна. Если прибавить к этому скуку, которая изводит больного, вынужденного подолгу сидеть в четырех стенах, то можно понять, почему истерикам не терпится заполучить очередной симптом.

Если же пациенты лгут и действительно симулируют болезнь, а я полагаю, что ныне мы с таким же пристрастием исключаем возможность симуляции, с каким прежде ее допускали, то объясняется это не предрасположенностью к истерии, а тем, что к самой предрасположенности, как верно заметил Мебиус, примешивается дегенерация личности — врожденная нравственная неполноценность. Так и легко возбудимая от природы, но нечуткая женщина становится «злостной истеричкой» в том случае, если нравственные основны ее личности подтачивает эгоизм, поскольку из-за этого может запросто развиться хроническая хворь. Впрочем, «злостные истерички» едва ли встречаются чаще злостных сифилитиков, страдающих сухоткой спинного мозга на поздней стадии.

Вследствие чрезмерного возбуждения патологические феномены возникают и в сфере двигательной активности. У ребенка, обладающего такими задатками, может очень быстро развиться своего рода тик, если не одергивать его в тот момент, когда он только начинает совершать определенные движения SE 244

из-за того, что у него колет в глазу, стягивает кожу на лице или ему жмет платье. Проторение рефлекса происходит очень быстро.

Нельзя отрицать и тот факт, что иной раз судорожные при-
WT 263 падки являются сугубо двигательными актами, которые не зависят от каких бы то ни было психических факторов и позволяют избавиться от накопившегося возбуждения точно так же, как эпилептический припадок позволяет произвести разрядку накопившегося раздражения, обусловленного изменениями в строении определенных органов. Истерические судороги такого рода не назовешь идеогенными.

Нам так часто приходится встречать молодых людей, которые заболели истерией в период полового созревания, хотя еще в детстве отличались чрезмерной возбудимостью, что мы невольно задаемся вопросом: не развивается ли под влиянием названного процесса предрасположенность к истерии у людей, не имеющих врожденной склонности к этому заболеванию? И то сказать, процесс полового созревания не только вызывает обычный прирост возбуждения, но и влияет на состояние всей нервной системы, вследствие чего повсеместно повышается степень возбуждения и снижается уровень сопротивления. Об этом свидетельствуют результаты наблюдений за молодыми людьми, которые не страдают истерией, и поэтому мы вправе предположить, что под влиянием этого процесса может развиваться и предрасположенность к истерии, коль скоро вышеназванные особенности состояния нервной системы и лежат в основе предрасположенности к означенному заболеванию. Стало быть, мы уже признали тот факт, что сексуальность вносит немалый вклад в процесс развития истерии. Вскоре мы убедимся в том, что сексуальности отводится в этом процессе куда более важная роль, поскольку именно она всячески способствует развитию истерии.

Коль скоро даже стигмы, эти исконные симптомы истерии, не являются идеогенными, мы не можем считать идеогенность квинтэссенцией истерии, хотя современные исследователи

иной раз склоняются к такому мнению. Казалось бы, стигмы являются самыми явственными, наиболее характерными признаками истерии, ведь именно они служат надежным критерием при постановке соответствующего диагноза, и тем не менее их вряд ли можно назвать идеогенными. Но если в основе истерии и впрямь лежат особые свойства нервной системы, то комплекс идеогенных симптомов, обусловленных воздействием психических факторов, подобен зданию, воздвигнутому на этом фундаменте, причем *зданию многоэтажному*. Дабы получить верное представление о конструкции подобного здания, нужно составить план каждого яруса, так и в ходе исследования истерии необходимо прежде всего разобраться в переплетении факторов, которыми обусловлены симптомы болезни. Если бы мы попытались истолковать истерию, обращая внимание на одну-единственную причинно-следственную связь, то очень многие истерические феномены так и остались бы непостижимыми; с таким же успехом мы могли бы изобразить все покои многоэтажного дома на плане одного яруса. WT 264 SE 245

Мы уже имели возможность убедиться в том, что не только стигмы, но и некоторые другие нервические симптомы отнюдь не обусловлены представлениями, а являются прямым следствием коренной аномалии нервной системы, таковы по большей части нервные боли, вазомоторные явления, судорожные приступы, которые, возможно, являются сугубо двигательными актами.

Ближайшие к ним идеогенные феномены являются попросту производными конверсии возбуждения, вызванного аффектом (см. стр. 246). Они возникают под влиянием аффекта у людей, предрасположенных к истерии, и поначалу представляют собой, по словам Оппенгейма, всего лишь «ненормальный способ выражения душевных порывов»*. Возникая снова и снова, подобный феномен превращается в настоящий истерический симптом, который кажется симптомом сугубо соматическим, между тем как побудительное представление оста-

* Именно эту предрасположенность Штрюмпель называет «психофизическим расстройством», лежащим в основе истерии. — *Прим. автора.*

ется незамеченным (см. стр. 249). Среди представлений, которые зачастую вызывают защитную реакцию и подвергаются конверсии, следует особо выделить представления сексуального характера. Они чаще всего лежат в основе истерии, развивающейся в период полового созревания. Подрастающие девушки, — а мы ведем речь прежде всего о них, — по-разному воспринимают возникающие у них сексуальные представления и ощущения. Иные считают такие мысли и чувства вполне естественными, а порой вообще не придают им особого значения. Иные воспринимают подобные представления точно так же, как юноши; это характерно для девушек из крестьянской и рабочей среды. Некоторые девушки проявляют более или менее нездоровый интерес ко всему тому, из чего они могут почерпнуть хотя бы какие-то сведения о половой жизни, будь то разговоры или книги; и наконец, самые тонкие натуры отличаются чувственностью и повышенной сексуальной возбудимостью, но, будучи весьма добродетельными, не приемлют никакие проявления сексуальности, поскольку им кажется, что
WT 265 подобные мысли оскверняют и пятнают их чистую душу*. Эти девушки вытесняют из сознания все, что имеет отношение к
SE 246 сексуальности, поэтому аффективные представления сексуального характера, от которых они «защитились», становятся бессознательными и способствуют появлению соматических феноменов.

Девичья склонность к защите от сексуальных представлений усиливается еще и от того, что к чувственному возбуждению у девственниц примешивается страх, возникающий при мысли о неведомых переживаниях, которые готовит им будущее, между тем как у юношей чувственное возбуждение вызывает агрессивное влечение в чистом виде. Девушка догадывается о том, что эрос обладает ужасной силой, которая дает ему власть над ее судьбой, и это предчувствие внушает ей страх, поэтому

* Судя по некоторым наблюдениям, боязнь испачкаться при прикосновении, которая вынуждает иных женщин ежеминутно мыть руки, зачастую возникает именно по этой причине. Они моют руки, испытывая те же самые чувства, которые не давали покоя леди Макбет[28]. — *Прим. автора.*

она изо всех сил старается о нем не думать и вытеснить из сознания пугающие представления.

Замужество влечет за собой новые сексуальные травмы. Вместо нежного обольщения в первую брачную ночь, увы, столь часто происходит изнасилование, что удивительным кажется лишь то, что подобный опыт не всегда оборачивается душевной болезнью. Впрочем, на этой почве у молодых женщин нередко развивается истерия, которая исчезает в том случае, если со временем они начинают испытывать наслаждение от половой близости и забывают о сексуальной травме. Вместе с тем многие замужние женщины страдают от сексуальных травм на протяжении всей супружеской жизни. В историях болезни, которые мы не решились опубликовать, можно отыскать множество подобных эпизодов, связанных с извращенными желаниями мужей, противоестественными наклонностями и т. д. Я не думаю, что перегну палку, если скажу, что по большей части тяжелые неврозы, которыми страдают женщины, зачаты на супружеском ложе*.

Как установил Фрейд**, некоторые болезнетворные факторы, обусловленные отсутствием достаточного полового удовлетворения (по вине coitus interruptus***, ejaculatio praecox**** и т. п.), способствуют развитию невроза тревоги, а не истерии. Но на мой взгляд, даже в подобных случаях возбуждение, вызванное сексуальным аффектом, довольно часто преобразуется путем конверсии в соматический феномен.

---

* Остается лишь сожалеть о том, что клиницисты либо вообще умалчивают об этом важнейшем болезнетворном факторе, либо упоминают о нем лишь вскользь. Несомненно, опытным клиницистам следовало бы просветить по этой части врачей начинающих, которые, как правило, упускают из вида сексуальное начало, по крайней мере, в том случае, когда это касается их пациентов. — *Прим. автора.*

** См.: *Фрейд З.* На каких основаниях можно выделить из совокупности симптомов неврастении особый синдром — «невроз тревоги». [*Freud, S.* Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als «Angstneurose» abzutrennen. Neurol. Zentralblatt, 1895, Nr. 2] — *Прим. автора.*

*** Coitus interruptus *(лат.)* — прерванный половой акт.

**** Ejaculatio praecox *(лат.)* — преждевременное семяизвержение.

WT 266 Разумеется, появлению истерических симптомов способствуют не только сексуальные аффекты, но и такие аффекты, как испуг, страх и гнев. Об этом свидетельствуют и результаты наших наблюдений. Но хотелось бы лишний раз подчеркнуть, что
SE 247 сексуальный фактор имеет куда большее значение для развития истерии. Возможно, наивные представления наших предшественников, от которых нам досталось в наследство само слово «истерия»[29], были ближе к истине, чем воззрения современных исследователей, готовых выставить сексуальное начало чуть ли не на задворки теории, лишь бы оградить больных от обвинений в безнравственности. Конечно, в целом истерики не испытывают более сильную половую потребность, чем здоровые люди, а степень выраженности половой потребности среди истериков тоже варьируется. Но заболевают они именно из-за этой потребности, а точнее говоря из-за того, что стараются защититься от сексуальных чувств.

Наряду с истерией сексуальной следует упомянуть и об истерии на почве испуга, которая является травматической истерией в узком смысле слова. Формы, которые она может принимать, хорошо изучены и общеизвестны.

Симптомы, возникающие вследствие внушения (чаще всего вследствие самовнушения) у людей, легко поддающихся внушению, залегают, так сказать, на той же глубине, что и симптомы, появление которых обусловлено конверсией возбуждения, вызванного аффектом. Внушаемость, представляющая собой определенное свойство психики, при наличии которого новые представления без труда берут верх над прежними представлениями, по существу, не является характерной особенностью истерии; но именно по ее вине может усугубляться состояние людей, предрасположенных к истерии, поскольку в силу этой особенности нервной системы любое переоцененное представление способно материализоваться. Вместе с тем в соматические симптомы превращаются за счет внушения чаще всего представления аффективные, поэтому и этот процесс можно расценивать как конверсию сопровождающих представление аффектов: испуга или страха. В тех случаях, когда истерия принимает более сложные формы, которые мы и со-

бираемся рассмотреть ниже, процесс конверсии аффекта и процесс внушения протекают аналогичным образом; просто при такой истерии возникают более благоприятные условия для их развития; но сами истерические симптомы, обусловленные психическими факторами, возникают только за счет конверсии или внушения.

Третьей составляющей предрасположенности к истерии, той WT 267
составляющей, каковая в некоторых случаях примыкает к кон-
версии и внушению, создавая для них весьма благоприятные SE 248
условия и позволяя тем самым, так сказать, надстроить одноэтажное здание малой истерии, при которой возникают лишь разрозненные симптомы, взгромоздив над ним ярус комплексной истерии, является склонность к гипноидному состоянию, к самогипнозу (см. стр. 260–261). Поначалу человек ненадолго погружается в гипноидное состояние, которое чередуется с состоянием нормальным. По всей видимости, во время пребывания в гипноидном состоянии влияние психики на соматику усиливается точно так же, как во время искусственного сна, вызванного гипнозом, особенно в том случае, если нервная система вообще отличается чрезмерной возбудимостью*. Мы не знаем, в какой мере и в каких случаях склонность к самогипнозу обусловлена врожденными особенностями организма. Выше (см. стр. 264–265) я выдвинул предположение о том, что склонность к самогипнозу может развиться у человека, погруженного в мечты, сопряженные с сильным аффектом. Однако и тут предрасположенность наверняка играет не последнюю роль. Если мое предположение соответствует действительности, то сексуальность и впрямь должна оказывать значительное

* Казалось бы, ничто не мешает нам отождествить предрасположенность к истерии с врожденной чрезмерной возбудимостью, коль скоро во время искусственного сна под гипнозом тоже наблюдаются идеогенные изменения секреции, появление гиперемии, образование пузырей и т. п. По всей видимости, такого мнения придерживается Мебиус. Но мне кажется, что таким образом можно попасть в замкнутый круг. Насколько я понимаю, все эти чудесные превращения происходят под гипнозом только с истериками. Стало быть, нам пришлось бы признать, что подобное гипнотическое воздействие объясняется истерическими реакциями, а они, в свой черед, обусловлены гипнотическим воздействием. — *Прим. автора.*

влияние на развитие истерии, ибо влюбленные, да еще, пожалуй, сиделки, ухаживающие за больными родственниками, больше кого бы то ни было склонны грезить наяву. Кроме того, в момент наивысшего сексуального наслаждения человека переполняют чувства, а сфера его сознательного мышления сужается до предела, так что оргазм сам по себе очень напоминает гипноидное состояние.

Наиболее отчетливо признаки гипноидного состояния проявляются в момент истерического припадка и на той стадии развития заболевания, которую можно назвать стадией острой истерии и которая, по всей видимости, имеет большое значение для развития комплексной истерии (см. стр. 286). Зачастую человек на протяжении нескольких месяцев пребывает в
WT 268 сугубо психотическом состоянии, которое вполне можно назвать спутанностью сознания на почве галлюцинаций; но и в том случае, если расстройство не усугубляется до такой степени, на фоне подобного состояния возникают разнообразные истерические феномены, некоторые из которых в дальнейшем становятся стойкими симптомами. У человека, пребывающего в таком состоянии, возникают представления, которые во время бодрствования вызвали защитную реакцию и были вытеснены из сознания (именно они лежат в основе «истерического
SE 249 бреда святых и монахинь, воздержанных женщин и благовоспитанных детей»).

Поскольку подобные состояния довольно часто напоминают настоящие психозы, хотя являются прямым следствием истерии и обусловлены только этим заболеванием, я не могу присоединиться к мнению Мебиуса, который полагает, что «за исключением бреда, связанного с припадком, никакого помешательства на почве самой истерии быть не может»*. Довольно часто такое состояние представляет собой именно помешательство; к тому же рецидивы подобных психозов случаются и в дальнейшем, поскольку они, по существу, знаменуют наступ-

* *Мебиус.* Современные представления об истерии. Ежемесячник по вопросам акушерства и гинекологии. 1895, N1, с. 18 [*Möbius.* Gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1895, Bd. I, s. 18]. — *Прим. автора.*

ление психотической стадии истерического припадка, хотя психотическое состояние, в котором человек пребывает на протяжении нескольких месяцев, припадком не назовешь.

Как возникает острая истерия? В одном из наиболее изученных случаев (описанном в первой истории болезни) острая истерия развилась из-за того, что у пациентки участились гипноидные приступы; в другом случае острая истерия развилась (на фоне комплексной истерии) после того, как больной перестал принимать морфин. Но в большинстве случаев процесс ее возникновения покрыт мраком, и для того чтобы пролить на него свет, необходимы дополнительные наблюдения.

Стало быть, все вышеописанные формы истерии имеют одну общую черту, которую Мебиус охарактеризовал следующим образом: «Изменение, лежащее в основе истерии, сводится к тому, что истерик на какое-то мгновение или надолго погружается в состояние, напоминающее гипнотический транс».

То обстоятельство, что истерический симптом, возникший на фоне гипноидного состояния, сохраняется во время бодрствования, вполне согласуется с эмпирическими данными о постгипнотическом внушении. А это означает, что комплекс представлений, не допущенных к сознанию, сосуществует с представлениями, которые тянутся чередой в сознании, иными словами, происходит расщепление психики (см. стр. 277). Скорее всего, расщепление психики может быть обусловлено не только пребыванием в гипноидном состоянии, но также избытком вытесненных из сознания, но не подавленных представ- WT 269
лений. Так или иначе вследствие расщепления психики возникает определенная область психической деятельности, порой рудиментарной и связанной с немногими представлениями, порой более или менее сопоставимой с сознательным мышлением. Сведениями об этой психической деятельности мы обязаны прежде всего Бине и Жане. Расщеплением психики завершается процесс развития истерии; выше (в пятой главе) мы показали, что характерные особенности этого заболевания обусловлены именно расщеплением психики. Некая часть психики больного остается гипноидной постоянно, но степень яркости гипноидных представлений меняется, и в случае ослаб- SE 250

ления сознательного мышления они способны овладеть всем существом человека (вызывая припадки и бред). Это происходит в тот момент, когда сильный аффект нарушает правильную последовательность представлений, возникающих у человека, который испытывает усталость или пребывает в сумеречном состоянии. Из гипноидной психики в сознание вторгаются ничем не мотивированные представления, не имеющие никакого отношения к нормальной связи представлений, там возникают ощущения, способные превратиться в галлюцинации, оттуда поступают нервные импульсы, под воздействием которых совершаются самопроизвольные двигательные акты. Эта гипноидная психика создает благоприятные условия для конверсии аффекта и внушения, поэтому после расщепления психики с такой легкостью начинают возникать истерические симптомы, которые в иных обстоятельствах могли бы развиться только вследствие неоднократного появления сильного аффекта. В отколовшейся части психики и гнездятся те самые бесы, которыми одержимы больные, как полагали со свойственным им простодушием люди, жившие в те стародавние времена, когда умами владели суеверия[30]. Дух, которым одержим больной человек, и впрямь, чужд его сознанию, но не ему самому, ибо принадлежит его собственной душе.

Поскольку мы попытались собрать и свести воедино все, что нам удалось узнать об истерии за последние годы, нас могут упрекнуть в эклектизме, но этот упрек едва ли можно назвать обоснованным. Нам действительно пришлось рассмотреть множество теорий истерии, начиная со старой «рефлекторной теории» и заканчивая теорией «диссоциации личности», но иначе и быть не могло. Свой вклад в изучение истерии внесло столько превосходных исследователей и проницательных мыслителей, что в каждой теории наверняка можно отыскать зерно истины. В будущем все эти разрозненные представления, несомненно, будут сведены воедино в теории, которая откроет нам глаза на истинное положение вещей, ибо нужно совме-
WT 270 стить все одномерные изображения предмета, увиденного с

разных точек зрения, для того чтобы получить его подлинное объемное изображение. Поэтому я не считаю эклектизм недостатком.

Но как мы еще далеки от такого целостного представления об истерии! Какими неровными штрихами намечены контуры, какие неуклюжие оговорки помогают нам заполнить пробелы или, скорее, залатать прорехи. Утешаешь себя лишь мыслью о том, что недостаток этот коренится в самой природе физиологических теорий, с помощью которых мы пытаемся осмыслить сложные психические процессы. О них можно сказать то же самое, что Тезей из комедии «Сон в летнюю ночь» говорит о трагедиях: «Даже самая лучшая из них — всего лишь игра теней»[31]. Но даже самая худшая из них не лишена смысла, если SE 251
автор старается в точности воспроизвести узоры теней, которые отбрасывают на стену предметы неведомые, но сущие. Вот тогда мы можем надеяться на то, что наш рисунок хотя бы в чем-то верен натуре.

ЗИГМУНД ФРЕЙД

О ПСИХОТЕРАПИИ ИСТЕРИИ

О ПСИХОТЕРАПИИ ИСТЕРИИ

В «Предуведомлении» мы сообщали о том, что, занимаясь изучением этиологии истерических симптомов, мы попутно открыли метод терапии, который считаем знаменательным в практическом отношении. «*Сначала, к великому нашему изумлению, мы заметили,* что *отдельные истерические симптомы исчезали раз и навсегда, когда удавалось со всей ясностью воскресить в памяти побудительное событие, вызывая тем самым и сопровождавший его аффект, и когда пациент по мере возможности подробно описывал это событие и выражал аффект словами*» («Предуведомление», стр. 20). GW 252 SE 255

Следом мы постарались объяснить, каким образом действует наш психотерапевтический метод: «*Благодаря ему первоначально не отреагированные представления лишаются силы воздействия, поскольку он позволяет избыть с помощью слов сдерживаемые аффекты, связанные с ними, и подвергнуть их ассоциативной корректировке за счет того, что они переводятся в сферу нормального сознания (в состоянии легкого гипноза) или устраняются с помощью внушения врача, как происходит при сомнамбулизме, сопровождаемом амнезией*» («Предуведомление», стр. 32).

Ниже я попытаюсь описать по порядку, насколько эффективен этот метод, в чем он превосходит иные методы, какие приемы он в себя вмещает и с какими трудностями он сопряжен, хотя самое главное уже изложено в историях болезни, приведенных выше, и поэтому кое-где повторения неизбежны. GW 253

1

Со своей стороны я тоже могу заверить, что по-прежнему согласен с тем, что было высказано в «Предуведомлении», однако должен признаться, что в течение последующих лет, целиком посвященных изучению вопросов, которые были там

затронуты, я на многое взглянул по-новому, что заставляло меня,
SE 256 по крайней мере, несколько иначе выстраивать и трактовать собранный к тому времени фактический материал. Было бы несправедливо перекладывать ответственность за эволюцию моих представлений на плечи моего уважаемого друга Й. Брейера. Поэтому нижеследующее я излагаю по большей части от своего имени.

Когда я попробовал применить брейеров метод устранения истерических симптомов путем опроса и за счет отреагирования в состоянии гипноза при лечении большого числа пациентов, я столкнулся с двумя проблемами, размышляя над которыми я счел необходимым скорректировать приемы, да и сами представления. Во-первых, отнюдь не все пациенты, у которых наблюдались явные истерические симптомы и действовал, скорее всего, аналогичный психический механизм, поддавались гипнозу; во-вторых, нужно было окончательно определить, что именно является характерной особенностью истерии и отличает ее от остальных неврозов.

О том, как я справился с первой задачей и что из этого вынес, я расскажу позднее. Сначала поведаю о том, какое мнение сложилось у меня в ходе повседневной практики по поводу второго вопроса. Крайне трудно отыскать верную разгадку
GW 254 невроза до тех пор, пока не проведен основательный анализ данного случая заболевания, такой анализ, какой можно провести только с помощью брейерова метода. Однако ставить диагноз и назначать лечение приходится в тот момент, когда столь основательные сведения еще не получены. Так что мне не оставалось ничего иного, как отбирать для лечения с помощью катартического метода тех пациентов, которым можно было поставить предварительный диагноз истерии и у которых наблюдались единичные или множественные стигмы или характерные признаки истерии. По этой причине лечение приносило порой крайне незначительные результаты, и бывало, даже с помощью анализа не удавалось обнаружить ничего существенного. Иной раз я пытался лечить с помощью брейерова метода неврозы, которые никто наверняка не принял бы за

истерию, и оказалось, что они поддаются такому воздействию, мало того, их можно даже устранить. Например, мне удалось устранить таким образом навязчивые представления, подлинные навязчивые представления, соответствующие примерам, описанным Вестфалем[1], при лечении пациентов, заболевание которых нисколько не напоминало истерию. Выходит, психо- SE 257 логический механизм, описанный в «Предуведомлении», нельзя назвать патогномоническим[2] для истерии; не мог я решиться и на то, чтобы ради этого механизма поставить на одну доску с истерией множество иных неврозов. Погрузившись в сомнения, я в конце концов решил лечить все прочие неврозы как истерию, повсеместно выяснять этиологию и определять характер действующего психического механизма, а вердикт об обоснованности предварительного диагноза истерии выносить на основании результатов этого исследования.

Так сам метод Брейера подтолкнул меня к тому, чтобы заняться изучением этиологии и механизма неврозов в целом. Мне посчастливилось за сравнительно короткий срок добиться ощутимых результатов[3]. Прежде всего я убедился в том, что этиологию неврозов, коль скоро можно вести речь о причинах, по которым люди приобретают неврозы, следует искать в сек- GW 255 суальных эпизодах. Вслед за этим я обнаружил, что разные сексуальные эпизоды, сексуальные в широком смысле слова, приводят к появлению различных картин болезни. И вот по мере подтверждения того, что данное соотношение существует, можно было решиться на то, чтобы использовать этиологию для характеристики неврозов и очертить четкие рамки картин болезни при неврозах. Это было вполне обоснованно, коль скоро этиологические особенности неизменно совпадали с клиническими.

Продвигаясь в этом направлении, я выяснил, что для неврастении характерна однообразная картина болезни, при которой, судя по результатам анализа, «психический механизм» не играет никакой роли. От неврастении резко отличался невроз навязчивого состояния, невроз, связанный с подлинными на- SE 258 вязчивыми представлениями, при котором можно было обна-

ружить сложный психический механизм, этиологию, подобную истерической, и отметить в перспективе возможность обратного развития под влиянием психотерапии. Вместе с тем мне казалось совершенно необходимым обособить невротический синдром от самой неврастении, поскольку он имеет совершенно иную и, по существу, противоположную этиологию, между тем как характер связи между отдельными его симптомами выявил еще Э. Геккер[4]. Они являются либо симптомами, либо эквивалентами и рудиментами проявлений тревоги; поэтому я и назвал этот синдром, который следует отличать от самой неврастении, неврозом тревоги. Я утверждал, что он возникает в результате накопления физического напряжения, опять-таки сексуального происхождения; хотя психический механизм отсутствует и при этом неврозе, последний ощутимо влияет на психическую деятельность, поэтому к числу обычных его проявлений относятся «тревожное ожидание», фобии, повышен-
GW 256 ная чувствительность к боли и т. д. Спору нет, в моем описании невроз тревоги несколько напоминает тот невроз, который фигурирует во многих работах под названием «ипохондрия» наряду с истерией и неврастенией; только вот подход к его выделению из числа других неврозов я не могу назвать правильным, да и само слово «ипохондрия» считаю непригодным, поскольку оно прочно связано с симптомом, именуемым «боязнью заболеть».

Определив таким образом несложные картины болезни при неврастении, неврозе тревоге и навязчивых представлениях, я взялся за осмысление самых распространенных, обычных неврозов, которые учитываются при постановке диагноза истерии. Тут мне пришлось признать, что не годится подгонять весь невроз под истерию лишь на том основании, что в комплексе его симптомов явственно проглядывают некоторые признаки истерии. Объяснить эту привычку было нетрудно, ведь истерия является самым древним, наиболее изученным и заметным неврозом из числа тех, что принимаются во внимание при постановке диагноза; но речь шла о той самой порочной практике, по вине которой многие признаки перверсии и вырож-
SE 259 дения были отнесены на счет истерии. Стоило обнаружить ка-

кой-нибудь признак истерии, например потерю чувствительности, характерный припадок, в том случае когда психическая дегенерация не поддавалась объяснению, как заболевание в целом спешили назвать «истерией», и, разумеется, вскоре под этим ярлыком собралась коллекция самых дурных качеств и самых вопиющих противоречий. Ошибочность этой диагностики была столь же очевидной, что и возможность обособления отдельных неврозов, а поскольку неврастения, невроз тревоги и т. п. были известны в чистом виде, игнорировать их в тех случаях, когда они встречались в комбинации, нужды уже не было.

Таким образом, наиболее обоснованным представлялось следующее мнение: самые распространенные, обычные неврозы чаще всего следует называть «смешанными»; неврастению и невроз тревоги обнаружить в чистом виде не составляет труда, особенно среди молодых пациентов. Истерия и невроз навязчивого состояния в чистом виде встречаются редко, и обычно оба этих невроза сочетаются с неврозом тревоги. Смешанные неврозы встречаются столь часто потому, что факторы их этиологии столь же часто смешиваются; иной раз это происходит случайно, иной раз — из-за наличия причинно-следственной связи между событиями, которыми продиктованы факторы этиологии неврозов. Это нетрудно проследить и доказать, взяв их по отдельности; что же касается истерии, то ее едва ли можно рассматривать, вырывая из связного контекста сексуальных неврозов; она представляет собой, как правило, лишь одну ипостась, один аспект сложного невротического заболевания, и обнаружить и лечить ее как обособленный невроз, по-видимому, можно лишь в экстремальном случае. Применительно к некоторым заболеваниям можно сказать: *a potiori fit denominatio**.

GW 257

Представленные здесь истории болезни я собираюсь оценить на предмет того, подтверждают ли они мое мнение о зависимом клиническом положении истерии. История Анны О., пациентки Брейера, по-видимому, этому противоречит и иллюстрирует случай заболевания истерией в чистом виде. Однако

* A potiori fit denominatio *(лат.)* — наименование дается по главному признаку.

данный случай заболевания, оказавшийся столь плодотворным для изучения истерии, расценивался врачом, за ним наблюдавшим, отнюдь не с точки зрения сексуальных неврозов, и ныне его попросту нельзя использовать в этом качестве. Когда я сам приступил к анализу второй пациентки, фрау Эмми фон Н., я и помыслить не мог о том, что сексуальный невроз может слу-
SE 260 жить основой для истерии; я только-только покинул лоно школы Шарко и даже намерение увязать истерию с сексуальностью казалось мне оскорбительным, как и самим пациенткам.
GW 258 Просматривая ныне свои тогдашние заметки, я нисколько не сомневаюсь в том, что в данном случае речь шла о серьезном неврозе тревоги, который развился из-за полового воздержания и сочетался с истерией.

Описанный во второй истории болезни случай мисс Люси Р. можно, скорее всего, назвать экстремальным случаем истерии в чистом виде, истерия эта кратковременная, носит эпизодический характер и явно имеет сексуальную этиологию, какая была бы под стать неврозу тревоги; одного недоразумения оказалось достаточно для того, чтобы всколыхнуть чувства засидевшейся в девицах гувернантки, истосковавшейся по любви. Однако невроз тревоги у нее не выявлялся или я его просто не заметил. Описанный в третьей истории болезни случай Катарины является настоящим образчиком того, что я назвал девической тревогой; речь идет о неврозе тревоги в сочетании с истерией; невроз тревоги производит симптомы, истерия вызывает их рецедивы и оперирует ими. Кстати сказать, это типичный случай из весьма многочисленного разряда юношеских неврозов, именуемых «истерией». Случай, описанный в четвертой истории болезни, в истории болезни фрейлейн Элизабет фон Р., тоже не рассматривался в процессе исследования как сексуальный невроз; я лишь высказал подозрение, что в основе заболевания лежит спинномозговая неврастения, но не смог его подтвердить. Могу лишь добавить, что с тех пор истерию в чистом виде мне доводилось наблюдать еще реже; если я и решился объединить четыре этих случая под названием истерии и не подходил к ним с мерками,

пригодными для сексуальных неврозов, то объясняется это лишь тем, что лечение проводилось давно, когда я еще не занимался целенаправленным и настойчивым поиском невротической сексуальной подоплеки этих заболеваний. И если я описал только четыре случая, вместо тех двенадцати, результаты анализа которых могут подтвердить существование указанного нами психического механизма истерических феноменов, то удержало меня от этого лишь то обстоятельство, что в ходе анализа заодно выяснилось, что заболевания эти были сек- SE 261
суальными неврозами, хотя ни один врач наверняка не отказал бы им в «звании» истерии. Однако разбор таких сексуальных неврозов выходит за рамки данной работы, публикуемой GW 259
нами сообща.

Я не хочу, чтобы сложилось неверное впечатление, будто я не признаю истерию самостоятельным невротическим заболеванием, вижу в ней всего лишь психическую форму проявления невроза тревоги, оставляю за ней исключительно «идеогенные» симптомы, а все соматические симптомы (появление истерогенных зон, потерю чувствительности) списываю на счет невроза тревоги. Ничего подобного; я просто хочу сказать, что истерию, очищенную от всех примесей, можно рассматривать как заболевание, самостоятельное во всех отношениях, но только не в отношении терапии. Ибо терапия проводится с практической целью, с целью устранения общего болезненного состояния, и коль скоро истерия чаще всего встречается в виде составной части смешанного невроза, то в данном случае все обстоит, пожалуй, так же, как при смешанных инфекциях, когда необходимо сохранить жизнь больного, а бороться с одним возбудителем болезни для этого явно недостаточно.

Вычленение элемента истерии из картины болезни при смешанных неврозах, включающих в себя элементы неврастении, невроза тревоги и т. д., представляется мне столь важным потому, что, разделив их, я могу в сжатом виде показать, насколько эффективен катартический метод лечения. Осмелюсь утверждать, что в принципе он вполне пригоден для устранения любого истерического симптома, но нетрудно заметить, что про-

тив неврастенических феноменов он совершенно бессилен, а повлиять за счет него на психические изменения, которые влечет за собой невроз тревоги, удается крайне редко, да и то лишь окольным путем. Стало быть, степень его эффективности при терапии в каждом конкретном случае будет зависеть от того, занимает ли истерический компонент важное в практическом отношении положение в общей картине болезни по сравнению с остальными невротическими компонентами.

Сфера эффективного применения катартического метода ограничена еще и теми рамками, на которые мы уже указыва-
GW 260 ли в «Предуведомлении». Он не позволяет влиять на условия, послужившие причинами истерии, и, следовательно, с его помощью невозможно предотвратить появление новых симптомов взамен устраненных. Стало быть, в целом наш терапевтический метод вполне может претендовать на особое положение в рамках терапии неврозов, но оценивать и применять его в отрыве от нее я бы не советовал. Поскольку здесь я не могу
SE 262 дать подробное описание «терапии неврозов», которое было бы необходимо практикующему врачу, все указанное выше равносильно отсылке к разъяснениям, которые, возможно, последуют в дальнейшем; все же я считаю возможным присовокупить следующие пояснения и дополнения:

1) Я не утверждаю, что действительно устранил все истерические симптомы, на которые взялся оказать влияние с помощью катартического метода. Впрочем, я полагаю, что помешали этому лишь обстоятельства личного характера, но никак не принципиальные трудности. При вынесении окончательного вердикта я вправе не принимать во внимание эти неудачи, подобно хирургу, который при оценке степени эффективности новых приемов не учитывает случаи смерти пациентов под воздействием наркоза, из-за послеоперационного кровотечения, случайного заражения крови и т. п. В дальнейшем при рассмотрении недостатков нашего метода и трудностей, сопряженных с его применением, я более подробно остановлюсь на неудачах такого рода.

2) Катартический метод не бесполезен именно потому, что является *симптоматическим*, а не *каузальным*. По существу,

каузальная терапия носит преимущественно профилактический характер, она дает возможность пресекать вредное воздействие болезнетворных факторов, но далеко не всегда позволяет устранять уже имеющиеся результаты их воздействия. Как правило, для исцеления требуется еще одна процедура, позволяющая решить данную задачу, и применительно к истерии катартический метод подходит для этой цели как нельзя лучше.

3) Когда миновал период образования истерических симп- GW 261
томов, когда преодолен острый истерический припадок и сохраняются лишь остаточные истерические симптомы, катартический метод вполне пригоден для применения и позволяет добиваться полного и стойкого излечения. Нередко столь благоприятные для терапии обстоятельства складываются как раз в том случае, когда затрагивается сфера половой жизни, поскольку сила сексуальных потребностей подвержена значительным колебаниям, а условия, необходимые для получения сексуальной травмы, сложны. В подобном случае катартический метод позволяет выполнять все поставленные задачи, ибо врач не старается изменить саму конституцию, например конституцию истерическую; ему достаточно и того, что он избавляет пациентку от страданий, к которым та склонна в силу своей конституции и которые ее конституция способна породить при пособничестве внешних факторов. Он вполне удовольствуется тем, что пациентка вновь обрела дееспособность. Впрочем,
ничто не мешает ему сохранять надежду на то, что рецедив бо- SE 263
лезни в будущем маловероятен. Ведь он знает главное свойство этио-логии неврозов, ему известно, что возникновение их чаще всего сверхдетерминировано, что для этого должны совпасть многие факторы и обстоятельства; он волен надеяться на то, что в ближайшем будущем они не совпадут, пусть даже отдельные факторы этиологии сохранили свое влияние.

Мне могут возразить, сославшись на то, что в тех случаях, когда истерия прошла, остаточные симптомы исчезают сами по себе, без всякого воздействия извне; но в ответ можно указать на то, что подобное самопроизвольное излечение зачастую не происходит быстро и не бывает полным, между тем как терапия может чрезвычайно поспособствовать лечению. Пока еще

невозможно ответить на вопрос, излечивается ли с помощью катартической терапии то, что подлежит самопроизвольному излечению, или порой за счет нее удается излечить то, что не излечилось бы самопроизвольно.

4) Когда наблюдается острая истерия на стадии бурного образования истерических симптомов, вследствие которого Я сда-
GW 262 ется под натиском производных болезни (истерического психоза), катартический метод вряд ли позволит заметно повлиять на последствия и течение болезни. В данном случае подход к лечению невроза напоминает, пожалуй, подход врача к лечению острого инфекционного заболевания. Тот период, в течение которого этиологические факторы оказали воздействие в полной мере, уже миновал и на него никак не повлиять, теперь они заявят о себе после того, как истечет инкубационный период; прервать развитие болезни невозможно; приходится дожидаться завершения этого процесса, создавая тем временем наиболее благоприятные условия для пациентов. Если же в течение периода обострения врач пытается устранить производные болезни, истерические симптомы, которые возникли недавно, ему нужно быть готовым к тому, что их тотчас сменят новые симптомы. Он не сможет избавиться от гнетущего ощущения того, что льет воду в бездонную бочку данаид, «пытается отмыть мавра добела», — непомерные усилия, недовольство родственников па-
SE 264 циента, которые знают, какова продолжительность инфекционного заболевания, но едва ли имеют столь же ясное представление о том, сколько может продолжаться острый невроз, — эти и иные обстоятельства, скорее всего, не позволят последовательно применять катартический метод в подобном случае. Впрочем, нужно учитывать и то обстоятельство, что даже при острой истерии каждая попытка устранения производных болезни может оказывать благотворное влияние на здоровье пациента, благодаря тому, что это поддерживает нормальное Я пациента, сосредоточенное на защите, и оберегает его от поражения, от психоза, быть может, от полной спутанности сознания.

Каких успехов можно добиться, применяя катартический метод в случае острой истерии, и каким образом с его помо-

щью можно ощутимо воспрепятствовать даже образованию новых симптомов болезни, явствует из истории болезни Анны О., в процессе лечения которой *Брейер* впервые испытал этот психотерапевтический метод. GW 263

5) Когда сталкиваешься с хронической истерией, при которой процесс образования истерических симптомов протекает спокойно, но непрерывно, сразу видишь все недостатки терапии, направленной на устранение причин заболевания, а попутно начинаешь ценить то, что катартический метод является симптоматической терапией. В этом случае приходится бороться с хроническим вредным воздействием, которое продолжают оказывать этиологические факторы; поэтому крайне важно укрепить резистентную способность нервной системы пациента, а ведь наличие истерического симптома равносильно ослаблению резистентности нервной системы и является фактором, предрасполагающим к истерии. Как явствует из описания механизма моносимптоматической истерии, новый истерический симптом с наибольшей легкостью образуется сразу вслед за имеющимся уже симптомом и по аналогии с ним; там, где уже один раз произошло «повреждение»*, произойдет оно и в следующий раз; отколовшаяся психическая группа, словно кристалл, с легкостью провоцирует кристаллизацию, которая не произошла бы в иных обстоятельствах. Устранение уже имеющихся симптомов, сведение к минимуму изменений, лежащих в их основе, равносильно полному восстановлению резистентных способностей пациентов, обладая которыми они могут успешно противостоять вредному воздействию. Таким пациентам очень полезно дольше обычного находиться под присмотром, в ходе которого время от времени проводится «chimney sweeping». SE 265

6) Следовало бы упомянуть и о мнимом противоречии между признанием того, что не все истерические симптомы являются психогенными, и утверждением, согласно которому все эти симптомы можно устранить с помощью психотерапевти- GW 264

* См. «Теоретическую часть» Й. Брейера, с. 246—247.

ческого метода. Противоречие исчезнет, если учесть, что непсихогенные симптомы отчасти относятся к числу признаков болезни, но не доставляют страдания, то есть являются стигмами; если они и сохраняются после того, как терапия принесла облегчение пациенту, то заметить их практически невозможно. Что же касается других симптомов такого рода, то их, скорее всего, каким-то окольным путем увлекают за собой психогенные симптомы, ведь каким-то образом, опосредованно, они все же зависят и от психических условий.

Теперь стоит напомнить о трудностях и неудобствах, сопряженных с применением нашего терапевтического метода, уточнив то, что могло остаться неясным для читателей историй болезни или последующих примечаний по поводу приемов, связанных с этим методом. Я не стану разбирать их подробно, а просто перечислю и обрисую: этот метод отнимает у врача много времени и сил, подразумевает проявление живейшего интереса к психологическим обстоятельствам и участливое отношение к пациенту. Я не могу представить, как можно изучать психический механизм истерии, если сам его носитель кажется мне вульгарным и неприятным человеком, если при ближайшем знакомстве он не располагает к себе, между тем как лечить пациента, страдающего сухоткой или ревматизмом, можно вне зависимости от личных симпатий. Не меньшее расположение требуется и от самого пациента. Если в умственном отношении пациент не дотягивает до известного уровня, использовать этот метод невозможно, малейшая примесь слабоумия чрезвычайно осложняет его применение. От пациента требуется безусловное согласие, сосредоточенность, но прежде всего доверие, поскольку в ходе анализа то и дело затрагиваются самые интимные и сокровенные психические материи.
GW 265 В большинстве своем пациенты, которым подошло бы такое лечение, уклоняются от разговора с врачом, как только начинают догадываться, в каком направлении будет продвигаться исследование. Для них врач остается чужим человеком. Дру-
SE 266 гие пациенты, которые решили открыться и довериться врачу,

что, впрочем, происходит исключительно по доброй воле, а не по принуждению, так вот, почти все эти пациенты, по крайней мере, какое-то время испытывают сильную симпатию к врачу; более того, складывается даже впечатление, будто только при таком отношении к врачу можно решить поставленные задачи. Не думаю, что положение серьезно меняется в зависимости от того, можно ли было воспользоваться гипнозом или пришлось обходиться без него и заменить его чем-то другим. Но справедливости ради нужно подчеркнуть, что эти неудобства, пусть и неотделимые от нашего метода, все же не им продиктованы. Скорее всего, они вытекают из самих предпосылок неврозов, которые необходимо устранить, и связаны с любой врачебной деятельностью, сопряженной с активной заботой о пациенте и вызывающей изменения в его психике. Сколь активно я не применял бы гипноз в отдельных случаях, у меня не было оснований для того, чтобы счесть само это средство вредным или опасным. Если мне доводилось причинять вред пациенту, то причины на то были иные и более глубокие. Когда я окидываю взором все, что совершил в области терапии за годы, минувшие с тех пор, как я впервые узнал о катартическом методе от моего уважаемого учителя и друга Й. Брейера, мне кажется, что пользы пациентам я принес больше, чем вреда, и часто добивался таких результатов, каких не позволил бы достигнуть никакой другой терапевтический метод. В целом удалось добиться, как сказано в «Предуведомлении», значительных результатов в лечении.

Хотелось бы указать еще на одно преимущество этого метода. Когда нужно разобраться в комплексном неврозе с той или иной примесью истерии, среди известных мне средств лучше всего для этого подходит анализ по методу *Брейера*. Первым делом отметается все, что указывает на истерический механизм; оставшиеся явления я научился толковать с помощью анализа и устанавливать их этиологию, нащупав таким образом точку опоры, позволяющую определять, какие средства из арсенала терапии неврозов уместно применять в каждом конкретном случае. Когда я вспоминаю о том, как разнятся обычно мои GW 266 SE 267

суждения о случае невроза *до* и *после* подобного анализа, мне трудно не поддаться искушению и не признать этот анализ незаменимым средством изучения невротических заболеваний. Со временем я привык применять катартический метод в сочетании с лечением постельным режимом, которое при необходимости можно проводить в форме полноценного лечения усиленным питанием по *Вейр-Митчеллу*[5]. Преимущество такого подхода заключается в том, что, с одной стороны, во время терапии я избегаю тем самым крайне разрушительного влияния новых впечатлений, а с другой стороны, могу развеять скуку постельного режима, из-за которой у пациентов нередко возникают вредные фантазии. Казалось бы, довольно трудоемкая психическая работа, которую зачастую взваливают на плечи пациентов в процессе катартического лечения, волнения, связанные с воспроизведением травматических переживаний, противоречат самому принципу *лечения покоем* по *Вейр-Митчеллу* и сводят на нет результаты, каковых привыкли от этого лечения ожидать. Но на деле происходит обратное; благодаря комбинации *брейерова* метода с терапией по *Вейр-Митчеллу* можно в полной мере добиться такого улучшения физического состояния пациента, какого ожидают от последней, и оказать столь глубокое влияние на психическое состояние, какое никогда не производится при лечении покоем без психотерапии.

2

GW 267 Выше я упомянул о том, что, пытаясь применять метод *Брейера* при лечении большего числа пациентов, я столкнулся с трудностями, поскольку некоторые пациенты не поддавались гипнозу, хотя им был поставлен диагноз «истерия» и велика была вероятность того, что у них действует описанный нами психический механизм. Гипноз был необходим мне для того, чтобы раздвигать пределы памяти, отыскивать патогенные воспоминания, которые отсутствуют в обычном сознании, и, стало быть, мне оставалось либо отказаться от таких пациентов, либо раздвинуть пределы их памяти иным способом.

Объяснить, почему один человек поддается гипнозу, а другой гипнозу не поддается, я мог ничуть не лучше, чем все остальные, поэтому справиться с этими трудностями путем выяснения причин было невозможно. Я заметил лишь то, что SE 268
некоторые пациенты поддавались гипнозу еще хуже, чем другие; они сопротивлялись даже попыткам ввести их в гипнотическое состояние. И вот однажды я догадался, что в первом и во втором случаях может происходить одно и то же, что виной всему может быть нежелание. Возможно, гипнозу не поддаются люди, предубежденные против гипноза, вне зависимости от того, выражается ли это в виде нежелания. Я так и не выяснил, насколько я был прав.

Требовалось отыскать патогенные воспоминания, обходясь без гипноза. Добился я этого следующим образом.

Когда при первой встрече я спрашивал своих пациентов о том, припоминают ли они, что послужило поводом для первого появления того или иного симптома, некоторые из них отвечали, что об этом не помнят, а иные говорили, что у них сохранились лишь какие-то смутные и отрывочные воспоминания. Но стоило мне по примеру Бернгейма[6] проявить настойчивость, отыскивая якобы утраченное воспоминание в состоянии со- GW 268
мнамбулизма, заверить и тех и других пациентов, что они все помнят или могут припомнить и т. д. (см. стр. 139), как одни начинали что-то припоминать, а у других воспоминание немного прояснялось. Тогда я стал проявлять еще большую настойчивость, велел пациентам лежать с закрытыми глазами, дабы «сконцентрироваться», благодаря чему добивался, по крайней мере, некого подобия гипноза, и убедился в том, что свежие и давние воспоминания, возможно, имеющие отношение к интересующему нас вопросу, могут всплыть на поверхность безо всякого гипноза. У меня сложилось впечатление, что требуется лишь настойчивость для того, чтобы обнаружить вереницу несомненно наличествующих патогенных представлений, а поскольку настойчивость эта стоила мне таких усилий, что мне казалось, будто я вынужден преодолевать сопротивление, я попросту вывел из этого теорию, которая гласила, что *путем своей психической работы мне нужно одолеть присущую па-*

циенту психическую силу, противящуюся осознанию (припоминанию) патогенных представлений. Как только я догадался, что препятствовать мне может та самая психическая сила, которая содействовала возникновению истерических симптомов и некогда помешала осознанию патогенного представления, я увиSE 269 дел все в новом свете. Какая же сила могла тогда действовать и по какой причине она стала действовать? Судить об этом мне было нетрудно; ведь я уже располагал материалами нескольких завершенных курсов анализа, в ходе которых ознакомился на практике с патогенными, позабытыми и выведенными за пределы сознания представлениями. Это позволяло судить об общем характере подобных представлений; все они были мучительными, вызывали чувства стыда и вины, доставляли душевную боль, заставляли испытывать стеснение, все они приGW 269 надлежали к числу таких переживаний, которых избегают, о которых стараются позабыть. Сама собой возникала мысль о *защите.* Все психологи согласны с тем, что принятие нового представления (то есть обретение доверия к нему, признание его подлинности) зависит от характера и направленности представлений, уже объединенных в пределах Я, и даже создали специальный термин для обозначения процесса цензурирования[7], которому подвергается новоприбывшее представление. Стало быть, к Я пациента подступило некое представление, несовместимое с другими представлениями, вследствие чего со стороны Я пришла в действие сила отторжения, направленная на *защиту* от несовместимого представления. Защита оказалась действенной, данное представление было вытеснено за пределы сознания и памяти, след его в памяти, казалось бы, не обнаруживался. И все же оно должно было оставить след. Когда я старался привлечь к нему внимание, мне противодействовала та самая сила *сопротивления,* которая в момент возникновения симптома действовала в форме отторжения. Чтобы круг замкнулся, оставалось лишь доказать, что данное представление стало патогенным именно из-за отторжения и вытеснения. В нескольких эпикризах, приведенных после наших историй болезни, и в одной небольшой статье на тему защитных ней-

ропсихозов (1894) я попытался обрисовать психологические гипотезы, позволяющие наглядно представить и эту взаимосвязь, показать, как происходит *конверсия*.

Итак, психическая сила, которая была приведена в действие из-за того, что определенное представление вызвало антипатию со стороны Я, сначала вытеснила это патогенное представление за пределы ассоциации, а затем воспрепятствовала его возвращению в виде воспоминания. Стало быть, неведение истериков объяснялось более или менее сознательным нежеланием знать, а терапевту следовало путем психической работы SE 270
преодолеть это *сопротивление ассоциации*. Для выполнения этой задачи требуется прежде всего «настойчивость», нужно психическими средствами принудить пациента к тому, чтобы он обратил внимание на следы искомых представлений. Впрочем, этим работа не ограничивается, ниже я покажу, что в GW 270
процессе анализа она принимает иные формы и проводится с опорой на другие психические силы.

Остановимся пока на том, что связано с настойчивостью. Попросту уверяя пациента, что он ничего не позабыл и сейчас все припомнит, многого не добьешься. Даже пациент в состоянии «концентрации» теряет нить повествования, едва успев произнести несколько фраз. Впрочем, не стоит забывать о том, что все зависит от количественного соотношения, от итогов борьбы между мотивами разной силы или напряженности. Настойчивости врача, человека постороннего и неосведомленного, явно недостаточно для того, чтобы преодолеть «сопротивление ассоциации». Так что приходится искать более действенные средства.

В таких случаях я первым делом прибегаю к одной маленькой уловке. Я говорю пациенту, что сейчас надавлю ему ладонью на лоб, уверяю его, что за то время, пока я буду надавливать ему на лоб, у него возникнет воспоминание в виде зримого образа или озарения, и велю ему сообщать мне решительно обо всех образах и мыслях, какие у него появятся. Я объясняю, что он не должен умалчивать о своих мыслях на том основании, что они представляются ему неподходящими и неверным или

ему просто неприятно об этом говорить. Не нужно ничего оценивать, не нужно ни о чем умалчивать, поддаваясь мимолетному чувству или пренебрегая тем, что пришло на ум! Только так нам удастся отыскать то, что нам нужно, а отыщем мы это непременно. Затем я надавливаю ладонью на лоб лежащего передо мной пациента, через несколько секунд отнимаю руку ото лба и совершенно спокойно, словно неудача абсолютно исключена, спрашиваю: «Что вы увидели? Что вам пришло на ум?».

Благодаря этому методу, я многое уяснил и всегда достигал своей цели; так что теперь я уже не могу обходиться без него.
SE 271 Разумеется, я понимаю, что вместо надавливания ладонью на
GW 271 лоб пациента можно было бы подавать любой другой сигнал или применять какое-то иное физическое воздействие, но когда пациент лежит передо мной, удобнее и действеннее надавливать ему на лоб ладонью или сжимать его голову руками. Я мог бы сказать, что эта уловка оказывается столь действенной оттого, что приводит к «временному усилению гипноза», но сам механизм гипноза представляется мне столь загадочным, что мне не хотелось бы ссылаться на него для объяснения. Будет лучше, если я скажу, что преимущество этого метода заключается в том, что с его помощью я могу рассеять внимание пациента, сосредоточенное на сознательных поисках и размышлениях, коротко говоря, отвлечь его внимание от всего того, в чем может проявиться его воля, достигнуть такого состояния, какое возникает при созерцании хрустального шара, и т. п. Что же касается урока, который я извлек из того, что при надавливании ладонью на лоб пациента я всегда нахожу искомое, то его мораль можно сформулировать так: якобы позабытое патогенное представление всегда поджидает «где-то неподалеку», добраться до него можно путем самых простых ассоциаций; нужно лишь устранить с этого пути одно препятствие. И препятствием этим служит, скорее всего, воля человека, поскольку не все с равной легкостью могут отказаться от преднамеренных размышлений и научиться наблюдать за собственными психическими процессами, сохраняя полную объективность.

Воспоминание, возникающее при надавливании ладонью на лоб пациента, не всегда относится к числу «позабытых»; настоящие патогенные воспоминания крайне редко лежат на поверхности. Куда чаще обнаруживается представление, служащее промежуточным звеном в цепочке ассоциаций, связывающей исходное представление и искомое патогенное представление или представление, от которого тянется вереница мыслей и воспоминаний, завершающаяся патогенным представлением. И хотя в данном случае с помощью надавливания ла- SE 272
донью на лоб пациента не удается выявить само патогенное представление — которое, впрочем, невозможно было бы понять без подготовки, в отрыве от контекста, — полученные сведения все же указывают путь, верное направление для даль- GW 272
нейшего исследования. При этом первое представление, появившееся при надавливании на лоб пациента, может иметь отношение к хорошо известному воспоминанию, которое никогда не вытеснялось. Когда теряется путеводная нить, ведущая к патогенному представлению, нужно лишь повторить описанную процедуру, снова надавить ладонью на лоб пациента, чтобы наметить новый ориентир и новую связь.

В других случаях при надавливании ладонью возникает воспоминание, которое, будучи известным пациенту, все же удивляет его самим фактом своего появления, поскольку он позабыл, какова его связь с исходным представлением. В дальнейшем в ходе анализа эта связь выявляется. Когда наблюдаешь за тем, к чему приводит надавливание ладонью, складывается обманчивое впечатление, будто за рамками сознания пациента имеется развитый интеллект, который с определенной целью упорядочивает обширный психический материал и предпринял разумные меры для возвращения его в пределы сознания. Подозреваю, что второй бессознательный интеллект — это только видимость.

В ходе сложного анализа приходится неоднократно, а по существу, беспрестанно пользоваться этой процедурой (надавливать рукой на лоб пациента), благодаря чему порой удается наметить дальнейший путь, пролегающий через хорошо зна-

комые воспоминания, когда пациент уже не способен ничего объяснить во время бодрствования, порой можно обратить внимание на позабытые взаимосвязи, затем воскресить и вернуть на место уже давно изъятые из ассоциации, но все еще узнаваемые воспоминания и, наконец, добиться наивысших достижений в процессе воспроизведения, выявить мысли, которые пациент никогда не признает своими, о которых он *не помнит*, хотя и соглашается с тем, что они неизбежно вытекают из самого контекста, и со временем убеждается в том, что
GW 273 именно благодаря обнаружению этих представлений завершается анализ и исчезают симптомы.

Приведу несколько примеров, чтобы показать, каких успехов можно добиться с помощью этого приема: как-то я зани-
SE 273 мался лечением девушки, страдавшей на протяжении шести лет от невыносимого tussis nervosa, который постоянно обострялся из-за обычного катара, но был наверняка продиктован и серьезными психическими мотивами. Уже давно было известно, что никакое лечебное средство ей не помогает; поэтому я предпринимаю попытку устранить этот симптом путем психического анализа. Она помнит лишь то, что нервный кашель появился у нее в четырнадцатилетнем возрасте, когда она жила в пансионе у своей тети; ни о каких душевных волнениях, которые испытывала в ту пору, она и слышать не желает и не верит в то, что недуг ее чем-то мотивирован. Когда я надавливаю ладонью ей на лоб, она сперва вспоминает о большой собаке. Затем она узнает эту собаку, — собака принадлежала тете, привязалась к пациентке, повсюду за ней бегала и т. п. И вдруг она безо всякой помощи извне пропоминает, что собака подохла, дети устроили ей пышные похороны, и когда она возвращалась с могилы, у нее впервые появился кашель. Я спрашиваю, почему у нее появился кашель, но для того чтобы получить ответ, мне приходится еще раз надавить ладонью ей на лоб; она говорит: «Я подумала, что теперь я осталась одна на целом свете. Никто больше меня не любит, этот зверь был моим единственным другом, а теперь я и его потеряла». После этого она продолжает свой рассказ: «Кашель пропал, как только я уехала от тети, но через полтора года опять появился».

— Из-за чего?

— Не знаю.

Я снова надавливаю ладонью ей на лоб; она вспоминает о том, как получила известие о смерти своего дяди, как у нее снова появились похожие мысли и кашель. По ее словам, из всех родных ее любил и понимал один лишь дядя. Так вот в чем заключалось ее патогенное представление: ей казалось, что ее никто не любит, ей предпочитают любого другого человека, да и она сама не заслуживает чужой любви и т. п. Впрочем, к представлению о «любви» примешивалось еще кое-что, о чем GW 274 ей помешало сообщить сильное сопротивление. Анализ был прекращен еще до того, как мы в этом разобрались.

Несколько лет назад меня попросили избавить от приступов страха одну пожилую даму, которая в силу своего характера едва ли могла поддаться такого рода воздействию. С тех пор как у нее наступила менопауза, она стала чересчур набожной, и всякий раз когда я появлялся, она встречала меня, словно черта во плоти, вооружившись небольшим распятием из слоновой кости, которое сжимала в ладони. Приступы страха у нее носили истерический характер, начались еще в девичестве и объяснялись якобы тем, что ей приходилось принимать йодистый раствор, предназначенный для лечения незначительной SE 274 опухоли щитовидной железы. Разумеется, я не удовольствовался этим объяснением и попытался подыскать другое объяснение, более созвучное моим представлениям об этиологии невротических симптомов. Когда я впервые спросил ее о том, с каким девическим впечатлением она связывает появление приступов страха, и надавил ладонью ей на лоб, она вспомнила о том, как однажды читала так называемую назидательную книжицу, в которой ей попалось упоминание о половой жизни, выдержанное в духе притворного благочестия. Этот пассаж произвел на девушку совсем не то впечатление, на которое рассчитывал автор; она разрыдалась и отшвырнула книгу. Это произошло незадолго до первого приступа страха. Когда я повторно надавил на лоб пациентки, она припомнила воспитателя своих брать-

ев, который испытывал перед ней настоящее благоговение и к которому она сама питала еще более теплые чувства. Это воспоминание увенчал подробный рассказ о том, как однажды вечером в отчем доме все они, включая и этого молодого человека, собрались за столом и чудно провели время за увлекательной беседой. В ту ночь она проснулась из-за первого приступа
GW 275 страха, который объяснялся скорее тем, что она противилась приливу чувственности, чем воздействием йодистого раствора, каковой она принимала приблизительно в это же время. Как иначе мне удалось бы узнать о подобной взаимосвязи от этой строптивой пациентки, настроенной против меня и против любого светского врача, вопреки ее собственному мнению и ее собственным уверениям?

Как-то раз я занимался лечением молодой женщины, которая была счастлива в браке, но еще в девичестве на протяжении некоторого времени каждое утро впадала в ступор и лежала в постели с окоченелыми конечностями, раскрыв рот и высунув язык, подобные припадки, хотя и не такие сильные, как прежде, случались у нее и теперь, после пробуждения. Ввести ее в состояние глубокого гипноза не удалось; поэтому я велел пациентке сосредоточиться и приступил к расспросам, надавливая рукой ей на лоб и уверяя, что она сейчас припомнит событие, которое привело к появлению приступов в детстве. Она держалась спокойно и не возражала, вспомнила квартиру, где провела отроческие годы, свою комнату, свою кровать, свою бабушку, жившую тогда с ними, и одну из своих гувернанток, которую очень любила. Одну за другой она припомнила незначительные сценки, которые разыгрывались в стенах
SE 275 дома между этими людьми; в заключение она рассказала о сцене прощания с гувернанткой, которая вышла замуж и уехала. Я совершенно не знал, что можно было сделать с этими воспоминаниями, как они были связаны с появлением приступов. Однако, судя по некоторым деталям, происходило все это именно в ту пору, когда у нее впервые случились приступы.

Прежде чем я продолжил анализ, мне представился случай побеседовать с коллегой, который в прежние годы был врачом GW 276
в отчем доме моей пациентки. Вот что он мне рассказал: в ту пору, когда он пользовал от первых припадков эту созревшую, физически развитую девушку, его поразила преувеличенная нежность в ее обращении с проживавшей в доме гувернанткой. Он заподозрил неладное и посоветовал бабушке понаблюдать за ними. Вскоре престарелая дама сообщила ему, что гувернантка пристрастилась навещать свою воспитаницу по ночам, а наутро после таких визитов у той всегда случались приступы. Бабушка незамедлительно позаботилась о том, чтобы без лишнего шума удалить из дома эту растлительницу. Детям и даже их матери сказали, что гувернантка покидает дом, поскольку выходит замуж.

Лечение оказалось успешным и заключалось в том, что я пересказал этой молодой даме все, что мне сообщили.

Порой разъяснения, которых добиваешься от пациента, надавливая ладонью на его лоб, имеют столь причудливую форму и даются им в таких обстоятельствах, что предположение о существовании бессознательного интеллекта начинает казаться еще более заманчивым. Я припоминаю одну даму, страдавшую на протяжении многих лет от навязчивых представлений и фобий, которая на вопрос о том, когда у нее появился означенный недуг, сказала, что случилось это в детстве, но не могла припомнить, какое именно событие в этом повинно. Она была женщиной искренней и умной и сознательно выказывала лишь весьма незначительное сопротивление. (Нужно отметить, что психический механизм навязчивых представлений, по существу, очень многое роднит с психическим механизмом истерических симптомов, и в обоих случаях используются одни и те же аналитические приемы).

Когда я спросил эту даму, появился ли у нее какой-нибудь зрительный образ или, может быть, возникло какое-то воспоминание, пока я надавливал ей ладонью на лоб, она ответила: «Ни то ни другое, но мне вдруг пришло на ум одно слово». GW 277

— Всего одно слово?

— Да, но звучит оно уж очень глупо.

— Ну вы все же скажите.

SE 276 — Привратник.

— И все?

— Да.

Я повторно надавил рукой ей на лоб, и на этот раз у нее снова мелькнуло в голове другое вырванное из контекста слово: «Рубашка». Тут я догадался, что таким оригинальным манером можно добиться от нее ответа, и, надавив ей на голову еще несколько раз кряду, получил с виду бессмысленный набор слов: привратник — рубашка — кровать — город — телега. «Что бы это могло значить?» — спросил я. Она на мгновение задумалась, и тут ее осенило: «Это может быть связано только с одной историей, с той самой, о которой я сейчас вспомнила. Когда мне было десять лет, а моей старшей сестре — двенадцать, у нее случился как-то ночью припадок буйного помешательства, пришлось ее связать и отвезти на телеге в город. Я точно помню, что именно привратник ее скрутил и потом отвез в больницу».

Мы продолжили исследование, действуя аналогичным образом, и услышали от нашего оракула другие слова, соединенные в цепочки, значение которых мы не сумели разгадать, но смогли продолжить с их помощью первую историю и определить, какова ее связь со второй историей. Вскоре выяснилось и значение этого воспоминания. Тогда болезнь сестры произвела на нее такое сильное впечатление из-за того, что у них была общая тайна; они спали в одной комнате и однажды ночью обе подверглись сексуальному насилию со стороны некого мужчины. Благодаря упоминанию об этой сексуальной травме, перенесенной в юные годы, удалось не только обнаружить источник первоначальных патогенных представлений, но и выяснить, какая травма в дальнейшем оказывала на нее болезнетворное воздействие. Своеобразие придавало этому случаю лишь то обстоятельство, что она припоминала отдельные опорные слова, из которых нам нужно было составить осмыслен-

ные фразы, ибо все догадки и образы, какие обычно возникают, когда надавливаешь ладонью на лоб пациента, казались столь же бессвязными и отрывочными, что и слова, изрекае- GW 278
мые ею на манер оракула. Но стоило проследить за ними дальше, как выяснялось, что разрозненные с виду воспоминания тесно связаны узами мыслей и ведут прямиком к искомому патогенному происшествию.

По этой причине я с удовольствием вспоминаю об одном анализе, в ходе которого мое доверие к тому, что узнаешь благодаря надавливанию рукой на голову пациента, поначалу подверглось суровому испытанию, а затем блестяще оправдалось: одна очень умная и с виду вполне счастливая женщина брала у меня консультации в связи с затяжными болями в подчревной области, которые не удавалось унять обычными средствами. Я определил, что боль локализована в районе брюшных стенок и связана, скорее всего, с ощутимыми при пальпации рубцами в мышцах, после чего назначил местное лечение. SE 277

Спустя несколько месяцев я снова свиделся с этой пациенткой, и она сказала: «Благодаря назначенному лечению боль надолго исчезла, но недавно появилась вновь, только теперь это уже нервическая боль. Я догадалась об этом потому, что теперь боль возникает у меня не при движениях, как раньше, а только в определенное время, скажем, утром после пробуждения и при беспокойстве некоторого рода». Эта дама поставила себе совершенно верный диагноз; оставалось лишь отыскать причину появления этой боли, а тут она ничем не могла мне помочь до тех пор, пока я не оказал соответствующее воздействие на ее состояние. Пациентка сосредоточилась, и когда я надавил ладонью ей на лоб и спросил, что ей пришло на ум или привиделось, она стала рассказывать мне о своих видениях. Она видела нечто наподобие лучистого солнца, что, разумеется, должно было объясняться фотопсией[8], возникшей при надавливании на глаза. Я ожидал, что за этим последует нечто более дельное, но она продолжала описывать звезды, от которых исходило странное бледно-голубое свечение, наподобие лунного света, и т. п., что я счел мерцанием, сиянием и роением

светящихся точек перед глазами вследствие фотопсии. Я уже был готов признать свою попытку неудачной и начал подумывать о том, как бы мне незаметно положить этому конец, когда
GW 279 внимание мое привлекло к себе одно из видений, которое она описала. Ей привиделся большой черный крест, он стоял накренившись в ореоле слабого сияния, наподобие лунного света, которым были озарены все прежние видения, а на перекладине его трепетал язычок пламени; теперь уже было очевидно, что фотопсия тут ни при чем. Я навострил уши: по ее словам, у нее возникло множество видений, озаренных тем же самым светом, она видела странные знаки, напоминавшие надписи на санскрите, геометрические фигуры, вроде треугольников, среди них — один большой треугольник, снова крест... Тут я начинаю подозревать, что крест имеет аллегорическое значение, и спрашиваю: «Что может означать этот крест?»

— Может быть, он изображает мою боль, — отвечает она.

Я возражаю: «Крест считается чаще всего символом морального бремени; так что скрывается за вашей болью?» Она не знает, как ответить, и продолжает описывать свои видения: солнце, испускающее золотые лучи, которое она толкует как символ божества, начала начал; затем гигантскую ящерицу, что взирает на нее не пугливо, а скорее с любопытством, затем клубок змей, затем снова солнце, чьи лучи на этот раз нежно серебрятся, и решетку впереди, между нею и светилом, кото-
SE 278 рая скрывает от нее центр солнца.

Я уже давно дагадался, что это все аллегории, и сразу спрашиваю, каково значение последнего образа. Она отвечает не раздумывая: «Солнце означает совершенство, идеал, а решетка — мои недостатки и заблуждения, которые отделяют меня от идеала».

— Выходит, вы себя укоряете, вы собою недовольны?

— Пожалуй.

— С каких же пор?

— С тех пор как я вступила в теософское общество и стала читать трактаты, которые оно периодически издает. Впрочем, я никогда не была о себе высокого мнения.

— И что произвело на вас за последнее время самое сильное впечатление?

— Один перевод с санскрита, который сейчас печатают по частям.

Через мгновение я был посвящен во все тайны ее душевных борений, узнал, за что она себя упрекает, и выслушал рассказ GW 280 о незначительном происшествии, которое подало ей повод для этих упреков и вследствие которого органическая доселе боль впервые возникла как результат конверсии возбуждения. Образы, которые я поначалу счел следствием фотопсии, были символами оккультных представлений, а возможно, и просто виньетками с титульных листов книг по оккультизму.

До сих пор я столь пылко превозносил достоинства вспомогательной процедуры, которая заключается в надавливании рукой на голову пациента, и все это время настолько пренебрегал проблемой защиты или сопротивления, что у читателей наверняка могло сложиться впечатление, будто одной этой маленькой уловки достаточно для того, чтобы преодолеть все, что препятствует исцелению с помощью катартического метода. Однако подобный вывод был бы глубоким заблуждением; насколько я могу судить, такой пользы терапии эта уловка не приносит; чтобы произошли большие перемены здесь, как и во всем, нужно много работать. Надавливание рукой — это не более чем трюк, позволяющий на время обескуражить Я, всегда готовое встать на защиту; в случае серьезного заболевания оно всегда приходит в себя снова, вспоминает о своих первоначальных намерениях и продолжает сопротивляться.

Необходимо вспомнить, какие формы может принимать подобное сопротивление. Обычно с первой или со второй попытки надавливание не позволяет добиться желаемого результата. Пациент не скрывает своего разочарования: «Я думал, мне придет что-нибудь на ум, но почувствовал лишь то, что сгораю от любопытства; а на ум ничего не пришло». То, что пациент становится в защитную позу, еще нельзя назвать препятствием; в ответ ему говоришь: «Вот именно, вы были слишком

SE 279 любопытным; зато со второго раза все получится». И действительно, все получается. Поражаешься тому, сколь часто пациенты, в том числе самые сговорчивые и рассудительные, забывают о том условии, соблюдать которое они прежде согласились. Они обещали рассказывать обо всем, что придет им на ум, когда
GW 281 я надавлю рукой на лоб, вне зависимости от того, насколько это будет кстати, с их точки зрения, и насколько неприятно им будет об этом говорить, стало быть, обещали говорить все без разбора, ничего не оценивая и не поддаваясь эмоциям. Но сдержать свое слово они не могут, это им явно не по силам. То и дело возникают заминки, они снова и снова уверяют, будто на этот раз им ничего не пришло на ум. Доверять им нельзя, всегда нужно предполагать и утверждать, что они что-то утаивают, поскольку считают это незначительным или болезненно это воспринимают. Нужно настаивать на своем, нужно надавливать на голову пациента снова, нужно выказывать уверенность в безошибочности своих суждений до тех пор, пока он и впрямь не поделится своими мыслями. После этого пациент добавляет: «Об этом я мог бы рассказать вам еще в первый раз».

— Почему вы об этом не рассказали?

— Я и помыслить не мог о том, что это *оно* и есть. Лишь убедившись в том, что это всякий раз приходит мне на ум, я решил об этом рассказать. Или: я думал, только бы не это; надеялся, что мне не придется об этом рассказывать; но когда заметил, что отогнать эту мысль не удается, понял, что ничего другого мне не остается.

Таким образом, пациент задним числом раскрывает мотивы, подтолкнувшие его к сопротивлению, в чем поначалу он наотрез отказывался признаваться. Очевидно, что он просто не может воздержаться от сопротивления.

Поражаешься тому, какие отговорки находятся для того, чтобы скрыть сопротивление. Пациент может сказать, что у него сегодня все мысли разбегаются, что его отвлекает тиканье часов или звуки рояля в соседней комнате. На это я привык отвечать: «Ничего подобного, просто вам пришло на ум нечто такое, о чем вам не хотелось бы рассказывать. Так вы

ничего не добьетесь. Просто постарайтесь сосредоточиться». Чем дольше затягивается пауза между надавливанием рукой на лоб пациента и его ответом, тем сильнее я настораживаюсь, тем больше у меня оснований подозревать, что пациент в данный момент обдумывает то, что пришло ему на ум, и излагает свою мысль в искаженном виде. Наиболее важные сведения зачастую выступают в обличьи пустых мелочей, словно опереточные принцы, переодетые нищими: «Мне пришло кое-что на GW 282
ум, но это не имеет никакого отношения к делу. Скажу вам об этом лишь потому, что вы велели рассказывать обо всем». После такого предуведомления чаще всего звучит долгожданная разгадка; всякий раз, когда пациент столь пренебрежительно от- SE 280
зывается о своей догадке, я настораживаюсь. Ведь то, что патогенное представление, которое припомнилось пациенту, представляется ему в данный момент столь незначительным, как раз и свидетельствует о том, что защита удалась; это позволяет судить о том, какова была цель процесса защиты; а цель его состояла в том, чтобы ослабить сильное представление, изъять из него аффект.

Стало быть, патогенное воспоминание, помимо прочих признаков, выдает и то, что пациент считает его не-значительным, хотя рассказывает о нем не без сопротивления. В некоторых случаях пациент пытается откреститься от подобного воспоминания в момент его возникновения: «Мне кое-что пришло на ум, но это явно вы мне внушили» или «Я знаю, какого ответа на этот вопрос вы ожидаете. Вы наверняка хотите услышать, что я подумал именно об этом». Наиболее искусным образом открещиваются от воспоминаний те пациенты, которые говорят: «Хотя мне и пришло кое-что на ум, мне все же кажется, что я это придумал, а не припомнил». Во всех описанных случаях я продолжаю твердо стоять на своем, вместо того чтобы вдаваться во все эти нюансы, я объясняю пациенту, что подобные отговорки попросту служат предлогом для того, чтобы сопротивляться воспроизведению воспоминания, которое нам, несмотря ни на что, необходимо узнать и оценить по достоинству.

Воспроизведение зрительных образов дается легче, чем воспроизведение мыслей; истерики, склонные по большей части к галлюцинациям, доставляют аналитику куда меньше хлопот, чем пациенты с навязчивыми представлениями. Когда у пациента всплывает в памяти зрительный образ, нередко приходится слышать, что образ этот бледнеет и становится все более смутным по мере того, как он его описывает. Пациент словно рас-
GW 283 сеивает его, облекая в слова. *Теперь для того чтобы выбрать направление для дальнейшей работы, нужно ориентироваться по самому мнемоническому зрительному образу.*

— Попробуйте представить это еще раз. Вы уже ничего не видите?

— Почти ничего, кроме одной детали.

— Значит, она еще что-то означает. Либо вы увидите что-то еще, либо она наведет вас на какую-то мысль.

Когда работа подходит к концу, прежний зрительный образ исчезает полностью, и тогда можно вызвать у пациента другой зрительный образ. Однако иной раз подобная картина продолжает стоять перед внутренним взором пациента, несмотря на то, что он ее уже описал, и я воспринимаю это как признак того, что пациент может сообщить мне по поводу данного зрительного образа еще нечто важное. Стоит ему это сделать, как
SE 281 образ исчезнет, словно призрак, который, отмучившись, обретает наконец вечный покой.

Разумеется, большое значение для успешного проведения анализа имеет то, что пациент всякий раз убеждается в правоте врача, ведь в противном случае приходится полагаться лишь на те сведения, которые пациент сочтет нужным сообщить. Поэтому отрадно сознавать, что процедура надавливания рукой на лоб пациента и впрямь никогда не бывает безрезультатной, если не принимать во внимание один-единственный случай, о котором я расскажу позже, хотя могу сразу охарактеризовать его, отметив, что сопротивление в тот раз было продиктовано особыми мотивами. Правда, иной раз сама обстановка, в которой применяется данная процедура, не позволяет ничего выведать; так происходит, например, в том случае, когда врач про-

должает расспрашивать пациента о причинах появления какого-то симптома, между тем как этиология его давно ясна, или пытается проследить психическую родословную симптома, скажем боли, которая в действительности была соматической; в этих случаях пациент точно так же уверяет, что ему ничего не пришло на ум, но на сей раз говорит сущую правду. Когда берешь себе за правило не упускать из виду выражение лица покойно лежащего пациента во время анализа, несправедливости по отношению к нему можно избежать. Вскоре без труда начинаешь замечать разницу между душевным спокойствием пациента в тот момент, когда воспоминания у него действительно не возникают, и тем напряжением, теми признаками волнения, которые сопровождают попытки пациента отделаться от возникшего воспоминания в целях защиты. Подобные наблюдения позволяют применять процедуру надавливания рукой на лоб пациента и для дифференциального диагностирования. GW 284

Таким образом, даже применение процедуры надавливания рукой на лоб пациента не облегчает работу врача. Преимущество этого метода заключается лишь в том, что на основании результатов его применения учишься определять верное направление для дальнейших расспросов и понимаешь, к чему следует подталкивать пациента. В некоторых случаях этого бывает вполне достаточно; по существу, мне нужно угадать, что скрывает пациент, и сказать ему об этом прямо в лицо; после этого ему уже нечего возразить. В иных случаях этого недостаточно; при затяжном сопротивлении пациента рвутся все связи, не находится никакого объяснения, в памяти у него возникают лишь смутные и отрывочные зрительные образы. Оглядываясь назад с высоты пройденного аналитического пути, зачастую поражаешься тому, насколько были искажены на начальном этапе анализа все мысли и картины, которые возникали у пациента при надавливании рукой на его голову. Лишенный как раз самого главного, не соотнесенный с самой личностью или предметом, зрительный образ оставался непонятным. Приведу в пример несколько случаев, позволяющих SE 282

получить представление о том, как происходит подобное цензурирование в момент первого появления патогенных воспоминаний. Например, пациенту привиделся женский торс, прикрытый одеждой неплотно, словно по небрежности; лишь гораздо позже он начинает различать лицо женщины, узнает ее и вспоминает, когда и где он ее видел. Или же пациент вспоминает о том, что двух мальчишек, чей облик видится ему крайне смутно, вроде бы упрекали за какой-то проступок, когда он был ребенком. Много месяцев и немало плодотворного труда в ходе анализа потребовалось для того, чтобы у него вновь возникло это воспоминание, и он узнал в одном мальчике себя
GW 285 самого, а в другом — своего брата. Какие же средства позволяют преодолеть такое затяжное сопротивление?

Их немного, но почти все они относятся к числу тех средств, с помощью которых один человек обычно оказывает психическое воздействие на другого. Прежде всего нужно отдавать себе отчет в том, что психическое сопротивление, в особенности то сопротивление, основы которого были заложены давно, преодолевается медленно и постепенно, поэтому врачу следует запастить терпением. В дальнейшем можно полагаться на интеллектуальную заинтересованность, которую вскоре начинает проявлять пациент. Просвещая пациента, рассказывая ему о причудливом мире психических процессов, о котором получаешь представление лишь благодаря такому анализу, врач приобщает пациента к совместной работе, добивается того, что пациент начинает наблюдать за собой с беспристрастным интересом исследователя, и тем самым подавляет сопротивление, покоящееся на фундаменте аффектов. И наконец, разгадав мотивы защиты, нужно применить самое действенное средство: попытаться лишить эти мотивы былого значения или даже заменить их мотивами более вескими. Пожалуй, тут психотерапевт уже не может действовать по шаблону. Когда невежество порождает стыд, он по мере сил просвещает и наставляет пациента, демонстрируя ему житейскую мудрость или широту своих взглядов на жизнь, выступает в роли исповедника, участливость и деликатность которого действуют на того, кто со-

знался в своей вине, как отпущение грехов; он проявляет сочувствие к пациенту в той мере, в какой располагают к этому характер их личных отношений и сила взаимной симпатии. Для SE 283
подобного душевного участия крайне необходимо получить хотя бы приблизительное представление о характере заболевания и мотивах применяемой в данном случае защиты, и к счастью, этого можно добиться, проявляя настойчивость и применяя процедуру надавливания на голову пациента. Чем больше таких загадок уже разгадано, тем проще разгадывать новые, тем скорее удается приступить к психической работе, направленной непосредственно на исцеление. Ибо нужно до конца уяс- GW 286
нить следующее: даже если пациент избавляется от истерического симптома только благодаря тому, что воспроизводит и с чувством выражает словами патогенные переживания, послужившие причиной данного симптома, задача терапевта заключается *лишь в том, чтобы его к этому побудить*, а когда задача эта выполнена, врачу уже нечего подправлять или устранять. Все необходимые для этого противовнушения уже были произведены, пока врач пытался сломить сопротивление. Когда отпираешь дверь, трудно лишь отомкнуть замок, а уж потом ничего не стоит повернуть ручку и открыть дверь.

Помимо интеллектуальной заинтересованности пациента, которую используют для преодоления сопротивления, редко можно обойтись без влияния эмоционального фактора, личного авторитета врача, а в некоторых случаях одного этого достаточно для того, чтобы сломить сопротивление. Такова и обычная медицинская практика, да и вряд ли найдется хоть один терапевтический метод, применяемый вообще без опоры на взаимодействие этих личных факторов.

3

Ввиду всех трудностей, сопряженных с применением моего метода, о которых я откровенно рассказал в предыдущих разделах, впрочем, примером мне послужили самые сложные слу-

чаи, часто все дается куда легче, — так вот, ввиду этих обстоятельств любой читатель наверняка спросит, не целесообразнее ли с большей настойчивостью применять гипноз или использовать данный метод лишь при лечении тех пациентов, каковых можно погрузить в глубокий гипноз, вместо того чтобы подвергать себя таким мучениям. Если бы я последовал второму совету, то количество пациентов, которым подошло бы
SE 284 GW 287 такое лечение, неминуемо сократилось бы до предела; что же касается первого совета, то я подозреваю, что усиленный гипноз ненамного ослабляет сопротивление. Как ни странно, я не обладаю достаточно богатым опытом в этой области, чтобы пойти дальше подозрения; но когда я проводил лечение с помощью катартического метода, погружая пациента в гипнотический транс вместо того, чтобы велеть ему сосредоточиться, я не чувствовал, что работать мне от этого становится проще. Буквально на днях я завершил лечение, в ходе которого значительно облегчил с помощью такого метода состояние пациентки, страдавшей истерическим парезом ног. Психическое состояние пациентки заметно отличалось от бодрствования, а физическое ее состояние было примечательно тем, что она не могла открыть глаза или привстать до тех пор, пока я не говорил ей: «А теперь просыпайтесь!», и все же именно в этом случае мне довелось столкнуться с самым сильным сопротивлением. Я не придавал никакого значения этим соматическим проявлениям, и под конец лечения, растянувшегося на десять месяцев, они уже стали незаметными; состояние, в котором пребывала пациентка, не мешало ей сохранять индивидуальность, способность к воскрешению в памяти бессознательных переживаний и своеобразие в личном отношении к врачу. В истории болезни фрау Эмми фон Н. я описал катартическое лечение пациентки, пребывающей в состоянии глубочайшего гипноза, в ходе которого сопротивление не играло почти никакой роли. Однако и от нее мне не пришлось добиваться ответа, прилагая особые усилия, все сказанное ею она могла бы доверить мне и во время бодрствования, если бы мы были знакомы подольше. Об истинных причинах ее заболевания, наверняка тождественных

причинам рецедивов, произошедших с ней после завершения нашего лечения, я совершенно не догадывался — тогда я попробовал применить этот терапевтический метод впервые, — и стоило мне однажды случайно вызвать у нее воспоминание, к которому было подмешано немного эротики, как она стала говорить столь же неохотно и давать такие же ненадежные GW 288 сведения, что и любая другая из числа последующих моих пациенток, не пребывавших в сомнамбулическом состоянии. О том, какое сопротивление выказывала эта дама даже под гипнозом в ответ на иные вопросы и предположения, я уже рассказывал в истории болезни. После того как мне несколько раз доводелось наблюдать, какое резкое неприятие вызывала тера- SE 285 пия со стороны пациентов, проявлявших в иных отношениях редкое послушание в состоянии глубокого гипноза, я вообще стал сомневаться в том, что под гипнозом легче применять катартический метод. Об одном случае такого рода я вкратце упомянул на стр. 126 и могу добавить к нему другие примеры. Впрочем, должен признаться, что все это вполне отвечало моему стремлению обнаружить и в психической сфере количественную связь между причиной и следствием.

До сих пор внимание наше было сосредоточено на идее *сопротивления*; я показал, как сама терапевтическая работа наводит на мысль о том, что истерия возникает в результате продиктованного защитными соображениями вытеснения несовместимого представления, после чего от вытесненного представления остается слабый (едва заметный) след в памяти, а отнятый у него аффект используется для соматической иннервации: конверсии возбуждения. Стало быть, причиной появления симптома болезни, то есть патогенным, представление становится именно за счет вытеснения. Истерию, при которой действует такой психический механизм, можно назвать «защитной истерией». Мы оба, Брейер и я, неоднократно писали о двух других формах истерии, для обозначения которых мы воспользовались терминами «гипноидная истерия» и «ретенционная истерия». Впервые мы столкнулись именно с гипноидной ис-

терией; лучше всего ее характеризует первый случай, описан-
GW 289 ный Брейером. По мнению Брейера, психический механизм, который действовал при гипноидной истерии, значительно отличался от психического механизма конверсионной защиты. В данном случае представление стало патогенным за счет того, что оно, будучи воспринятым в тот момент, когда пациентка пребывала в особом психическом состоянии, с самого начала оставалось за пределами Я. Стало быть, для того чтобы не подпускать его к Я, никакая психическая сила была не нужна, а проникновение его в пределы Я, благодаря умственной деятельности в гипнотическом состоянии, сопротивления вызвать не
SE 286 могло. В истории болезни Анны О. ничто и не указывает на такое сопротивление.

Различие это представляется мне столь существенным, что я готов только на этом основании ставить диагноз гипноидной истерии. Как ни странно, мне самому не доводилось сталкиваться с истинной гипноидной истерией; за что бы я не взялся, все превращалось в защитную истерию. Не то чтобы я никогда не занимался устранением симптомов, которые, по достоверным сведениям, возникли в тот момент, когда человек пребывал в состоянии обособленного сознания, и поэтому не могли быть восприняты Я, — такое бывало иной раз и в моей практике, — просто я всегда убеждался, что так называемое гипноидное состояние обязано своей обособленностью тому обстоятельству, что в этом состоянии заявила о себе психическая группа, ранее отколовшаяся под действием защиты. Коротко говоря, я не мог избавиться от подозрения, что гипноидная истерия и защитная истерия в основе своей едины и первостепенное положение при этом занимает защита. Но утверждать что-либо наверняка я не берусь.

Сейчас я не берусь судить и о «ретенционной истерии», при которой терапевтическая работа вроде бы не должна наталкиваться на сопротивление. Мне довелось лечить одного пациента, у которого, на мой взгляд, была типичная ретенционная истерия; я уже предвкушал нехлопотное и стойкое излечение, но добиться мне этого не удалось, хотя работа и впрямь не

доставила мне особых хлопот. Поэтому со всей осторожностью, приличествующей неведению, я предположу, что и в основе ретенционной истерии можно отыскать элемент защиты, под влиянием которой процесс в целом приобрел истерический характер. Будем надеяться, что новые наблюдения вскоре позволят решить, не рискую ли я утратить объективность и оказаться в плену заблуждений, намереваясь распространить понятие защиты на истерию в целом. GW 290

До сих пор речь шла о трудностях, сопряженных с применением катартического метода, и практических приемах лечения, к этому я хотел бы добавить еще несколько замечаний о том, какой отпечаток накладывают на анализ данные приемы. Тема эта представляется мне крайне интересной, но я не могу рассчитывать на то, что она вызовет живейший интерес у тех, кто подобный анализ еще не практиковал. Так что речь снова пойдет о приемах, но на сей раз в центре внимания окажутся трудности принципиальные, возникающие не по вине пациента, и хотя за образец я беру защитную истерию, мне кажется, что при лечении гипноидной и ретенционной истерии врач должен сталкиваться с трудностями почти аналогичными. Я перехожу к заключительной части этой главы, уповая на то, что приведенное ниже описание некоторых психических особенностей послужит когда-нибудь тем сырьем, благодаря которому раскрутится маховик мысли. SE 287

В ходе подобного анализа самое сильное впечатление сразу производит то, что патогенный психический материал, вроде бы позабытый, неподвластный Я и не играющий никакой роли в ассоциации и памяти, почему-то всегда лежит наготове, да еще и содержится в образцовом порядке. Чтобы добраться до него, нужно лишь сломить сопротивление, возникающее на этом пути. Однако обычно его сознают в той мере, в какой мы вообще способны что-либо знать; правильные связи между отдельными представлениями, равно как и с представлениями непатогенными, которые часто припоминаются, имеются в наличии, задействуются в должный срок и сохраняются в памяти. GW 291

Таким образом, патогенный психический материал находится в ведении интеллекта, который не обязательно стоит ниже интеллекта нормального Я. Часто создается полная иллюзия того, что человек имеет еще одну личность.

Верно ли это впечатление и не складывается ли оно из-за того, что задним числом врачу кажется, будто в период болезни данный психический материал содержался в таком же порядке, какой был внесен в него благодаря анализу, — от обсуждения этих вопросов я пока воздержусь. В любом случае наблюдения, сделанные в ходе такого анализа, удается представить в наиболее наглядном виде лишь после его завершения, когда можно окинуть взором весь пройденный путь.

Обычно все обстоит отнюдь не так просто, как в частных случаях, например в том случае, когда вследствие серьезной травмы возникает лишь один симптом. Чаще всего у пациента возникает не один истерический симптом, а множество симптомов, некоторые из которых не зависят друг от друга, а иные друг с другом связаны. Поэтому нельзя надеяться на то, что
SE 288 анализ ограничится поисками единственного травматического воспоминания и единственного патогенного представления, составляющего его ядро, нужно быть готовым к тому, что придется выуживать вереницы парциальных травм и цепи взаимосвязанных патогенных представлений. По сравнению с тяжелым истерическим неврозом, имеющим сложное строение, моносимптоматическая травматическая истерия напоминает простейшее, одноклеточный организм.

Психический материал, характерный для тяжелого истерического невроза, подобен многомерному, по меньшей мере, *трехслойному* изображению. Надеюсь, вскоре мне удастся показать, что выбор этой метафоры вполне оправдан. Подоб-
GW 292 ные воспоминания (о переживаниях или мыслях) обладают ядром, которое являет собой средоточие травматического переживания или чистейшую форму выражения патогенной мысли. Вокруг этого ядра располагается иной мнемонический материал, объем которого зачастую неимоверно велик, этот материал подлежит переработке в ходе анализа и организован,

как уже отмечалось, на трех уровнях. Во-первых, он, несомненно, располагается в *хронологической линейной* последовательности в пределах каждой отдельной темы. В пример я могу привести порядок расположения материала, полученного в ходе анализа случая Анны О., проведенного *Брейером*. Общей темой была глухота, утрата слуховых способностей, эта тема подразделялась на ряд более узких тем в соответствии с семью критериями, и в каждом подразделе были собраны по темам и расположены в хронологической последовательности от десяти до ста и более отдельных воспоминаний. Изучать этот материал было все равно что просматривать архив, содержащийся в образцовом порядке. В ходе анализа случая моей пациентки Эмми фон Н. тоже были обнаружены воспоминания, словно разложенные по папкам, хотя и не представленные в столь полном виде: впрочем, они всегда обнаруживаются в ходе анализа, всегда располагаются в хронологической последовательности, не менее правильной и строгой, чем дни недели или месяцы в сознании душевно здорового человека, и осложняют аналитическую работу из-за того, что характерным образом воспроизводятся в обратной последовательности; сперва обнаруживается самое последнее, недавнее переживание, лежащее в папке, словно лист кальки поверх книжной иллюстрации, а завершает всю вереницу изначальное впечатление, которое в действительности должно занимать первую страницу.

Объединение однородных воспоминаний в одну большую группу, где они располагаются слоями в линейной последовательности, словно бумаги в папке, я назвал оформлением *темы*. SE 289
Все эти темы организованы в соответствии с еще одним принципом; они расположены — не могу подобрать другое выражение — *концентрическими слоями вокруг патогенного ядра*. Нетрудно объяснить, из чего состоят эти наслоения и по какому принципу они расположены: по принципу убывания или возрастания. Каждая тема проходит сквозь слои равного, возрастающего по мере приближения к ядру *сопротивления с* GW 293
полосами соответствующего изменения сознания. Самые крайние периферические слои вмещают в себя те воспоминания

(или группы воспоминаний), относящиеся к различным темам, которые возникают без труда и всегда отчетливо осознаются; чем глубже в эти слои погружаешься, тем труднее пациенту признавать подлинность возникающих воспоминаний, вплоть до того, что от воспоминаний, близких к ядру, он отрекается уже в момент их воспроизведения.

Эта особенность концентрического расположения слоев патогенного психического материала и придает аналитическому процессу характерные черты, о которых речь пойдет ниже. Пора перейти к рассмотрению третьего принципа организации патогенного материала, охарактеризовать который труднее всего. В этом отношении патогенный материал организован в соответствии с содержанием мыслей, связан логической нитью, достигающей самого ядра, нитью, которая всякий раз прокладывает особый, беспорядочный и витиеватый маршрут. Организация эта носит динамический характер в отличие от первых двух систем стратификации, которые являются морфологическими. Если последние можно представить в виде трехмерной схемы с дугообразными, прямыми и перпендикулярными линиями, то извивы этой логической связи пришлось бы проследить указкой, которая то опускалась бы из верхних слоев в нижние, то поднималась наверх, выписывая запутанные узоры, но в целом продвигалась бы от периферии к центру, проходя все полустанки, словно выписывая зигзаг, огибающий шахматное поле при решении задачи, рассчитанной на ход коня.

Еще ненадолго задержусь на последнем сравнении, дабы показать, какую особенность описываемого предмета оно не
SE 290 передает. Логическая связь напоминает скорее разветвленную, чем витиеватую зигзагообразную линию, а точнее говоря, кон-
GW 294 вергентную линейную систему. В ней встречаются узлы, в которых сходятся две нити или несколько нитей, исходя оттуда соединенными, а в ядре сливается, как правило, множество разобщенных или местами сплетающихся нитей. Иначе говоря, примечательно то обстоятельство, сколь часто симптом бывает *многократно детерминирован, сверхобусловлен.*

Теперь осталось внести всего лишь один штрих, усложняющий всю картину, чтобы завершить описание организации патогенного психического материала. Иной раз в патогенном материале обнаруживается не одно ядро, а больше, так происходит, например, в том случае, когда необходимо проанализировать причины рецидива истерии, имеющего собственную этиологию, но связанного с первой вспышкой острой истерии, с которой удалось справиться несколько лет назад. Нетрудно представить, сколько требуется дополнительных слоев и мыслительных связей, чтобы наладить сообщение между двумя ядрами.

В представленное описание организации патогенного материала я собираюсь внести еще несколько уточнений. Здесь уже отмечалось, что материал этот является инородным телом; терапия, в свой черед, направлена на удаление инородного тела из живой ткани. Теперь мы можем понять, чего недостает этому сравнению. Инородное тело не вступает ни в какую связь с окружающей его тканью, хотя и вызывает в ней изменения, вынуждая ее реагировать воспалением. Описанная нами психическая группа, напротив, не изъята из Я без остатка, внешние ее слои со всех сторон проникают в области нормального Я, они в такой же степени являются составной частью этих областей, как и частью патогенной организации. В процессе анализа граница между ними становится лишь условной, сдвигается то в одну, то в другую сторону, а кое-где четко указать ее местоположение вообще невозможно. Внутренние слои, в свой черед, все больше отчуждаются от Я, так что граница патогенного повсюду остается неразличимой. По существу, GW 295
патогенная организация подобна инфильтрату, а не инородному телу. В данном случае сопротивление мы уподобляем тканям, которые подвергаются инфильтрации. Да и терапия заключается не в том, чтобы провести экстирпацию[9], — это ей пока SE 291
и не по силам, — а в том, чтобы смягчить сопротивление и тем самым проложить путь для циркуляции инфильтрата в той области, которая до сих пор была изолирована.

(Я использую сравнения, которые передают далеко не все особенности описываемого предмета и не согласуются между собой. Я прекрасно это понимаю и не рискую переоценить их достоинства, но руководствуюсь намерением показать в наглядном виде различные аспекты крайне сложного предмета, который еще ни разу не описывали, и поэтому выговариваю себе право и впредь пользоваться сравнениями, не претендуя на их безупречность).

Если бы можно было после извлечения всего патогенного материала показать стороннему человеку всю сложность и многомерность выявленной ныне организации этого материала, то он наверняка задал бы правомерный вопрос: каким образом этакий верблюд прошел через игольное ушко? Ведь не напрасно говорят об «узости сознания». Для врача, который проводит подобный анализ, эти слова обретают смысл и первозданную свежесть. В сознание Я никогда не проникает больше одного воспоминания; пациент, поглощенный его переработкой, не замечает того, что теснится вслед за ним, и забывает о том, что уже успело протиснуться. Если на пути осознания этого патогенного воспоминания возникают препятствия, например в том случае, когда пациент продолжает оказывать ему неослабевающее сопротивление, когда он стремится его вытеснить или исказить, то узкий проход, в котором теснятся воспоминания, преграждается; работа приостанавливается, другие воспоминания пробиться не могут, а единственное пробившее-
GW 296 ся воспоминание маячит перед пациентом до тех пор, пока он не заключит его в пределы своего Я. Вся масса патогенного материала, растянувшись в пространстве, протискивается сквозь узкую щель в сознание и достигает его, словно разрезанная на куски или полосы. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы снова свести все воедино, восстановив предполагаемое первоначальное взаимное расположение патогенного материала. Если угодно, это можно сравнить с раскладыванием пасьянса.

Перед тем как приступить к такому анализу, в том случае когда можно загодя предположить, что патогенный материал

организован подобным образом, стоит принять во внимание то, что уже известно по опыту: *устремляться прямо к ядру патогенной организации – предприятие совершенно безнадежное*. SE 292 Если бы самому врачу и удалось его угадать, то пациент все равно не знал бы, что делать с этим дареным объяснением, и никаких психических изменений оно бы за собой не повлекло.

Не остается ничего иного, как держаться поначалу на периферии патогенного психического строения. Вначале пациента просят рассказывать обо всем, что он знает и помнит, а тем временем направляют его внимание в нужную сторону и преодолевают незначительное сопротивление с помощью процедуры надавливания ладонью на его голову. Всякий раз, когда благодаря надавливанию удается обнаружить новый путь, можно надеяться на то, что пациент продвинется по нему чуть дальше, уже не выказывая сопротивление.

Если немного поработать в такой манере, то у пациента обычно появляется желание сотрудничать с врачом. Теперь ему не нужно задавать наводящие вопросы, рассказ его и без того изобилует воспоминаниями; а все потому, что проложен путь во внутренний слой, из которого пациент стихийно черпает материал, вызывающий равное сопротивление. Некоторое время нужно воздерживаться от вмешательства, предоставляя ему возможность воспроизвести все самостоятельно; хотя сам он и не способен выявить важные взаимосвязи, извлечение залежей в пределах одного слоя доверить ему можно. Зачастую сообщения его выглядят бессвязными, однако служат тем сырьем, GW 297 в которое вдохнут жизнь взаимосвязи, выявленные впоследствии.

Тут нужно избежать сразу двух ошибок. Если врач прерывает пациента, когда тот воспроизводит мысли, которые пришли ему на ум, он рискует, что под «завалом» будет погребено многое из того, что впоследствии все равно придется из-под него высвобождать, хотя сделать это будет труднее. Вместе с тем нельзя переоценивать бессознательный «интеллект» пациента и перепоручать ему руководство всей работой. Если бы я взялся составить схему этого способа работы, то, пожалуй, мог

бы сказать, что вскрытие внутренних слоев, продвижение к центру врач берет на себя, между тем как пациент занимается углубленной разработкой периферических слоев.

Продвигаться вперед удается за счет того, что вышеописанным способом преодолевается сопротивление. Но, как правило, до того необходимо решить еще одну задачу. Нужно ухватить кусок логической нити, поскольку только ведомый ею может надеяться на то, что ему удастся проникнуть в недра.
SE 293 Не приходится рассчитывать на то, что сообщения пациента, сделанные им по собственному разумению и относящиеся к материалу, который залегает в самых поверхностных слоях, помогут аналитику угадать, где намечается глубина и к чему крепятся искомые мыслительные связи. Как раз наоборот; именно это пациент старательно затемняет, а рассказ его только кажется исчерпывающим и связным. На первых порах стоишь перед этим рассказом, как перед стеной, из-за которой невозможно ничего разглядеть и угадать, скрывается ли за ней что-нибудь и что же именно там скрывается.

Впрочем, если взглянуть критически на объяснение, которое удалось получить от пациента без особого труда и сопротивления с его стороны, то в нем непременно обнаружатся пробелы и упущения. В одном месте связь явно прервана, и пациент кое-как латает прореху общими фразами, не рассказывая обо всем; в другом месте попадается довод, который
GW 298 показался бы слабым, если бы речь шла о нормальном человеке. Когда обращаешь внимание пациента на эти пробелы, он не желает их замечать. Но врач поступает правильно, когда рассчитывает на то, что эти слабые места в рассказе пациента помогут ему добраться до материала, залегающего в более глубоких слоях, когда именно в них он надеется обнаружить ту нить взаимосвязи, которую старается отыскать, надавливая на голову пациента. Он говорит пациенту: «Вы заблуждаетесь; ваши объяснения не имеют никакого отношения к сказанному. Наверняка причина в другом, сейчас я надавлю вам на голову, и вы припомните».

Ход мыслей истерика, даже когда мысли его простираются до бессознательного, можно оценивать на предмет логической

связности и обоснованности точно так же, как рассуждения нормального индивида. Ослабить эти взаимосвязи невроз не может. Когда связь представлений у невротика, в частности у истерика, производит иное впечатление, когда, даже с психологической точки зрения, взаимосвязь различных по силе представлений кажется необъяснимой, мы понимаем, почему складывается именно такое впечатление, и знаем, что виной тому *наличие скрытых, бессознательных мотивов*. Мы вправе предполагать, что такие скрытые мотивы имеются везде, где обнаруживается подобная несообразность во взаимосвязи, где превышается степень естественной и оправданной мотивировки.

Разумеется, приступая к такой работе, необходимо избавить- SE 294
ся от теоретических предрассудков, не стоит заранее полагать, будто имеешь дело с *dégénerés** и *déséquilibrés***, чей мозг далек от нормы, с теми, кого отличает способность по собственному желанию нарушать всеобщие психологические законы взаимосвязи представлений, с теми, у кого одно представление может неимоверно разрастись безо всякой причины, а другое представление безо всякого психологического обоснования — остаться неизменным. Судя по опыту, при истерии все обстоит совершенно иначе; если обнаружены и приняты к сведению
скрытые — зачастую остающиеся бессознательными — моти- GW 299
вы, то истерическая мыслительная связь уже не представляется загадочной и нелогичной.

Таким образом, выискивая пробелы в первоначальном рассказе пациента, которые зачастую заполняются за счет «ошибочных связей», врач подбирает на периферии какую-то часть логической нити и с помощью процедуры надавливания на голову пациента начинает отсюда продвигаться дальше.

Крайне редко удается достигнуть недр, держась за одну-единственную нить; чаще всего она обрывается на полпути, когда при надавливании рукой пациент вообще ничего не сообщает или в сообщении его невозможно разобраться, а за этим сообщением больше ничего не следует. Вскоре врач учится

* Dégénerés *(франц.)* — дегенераты.

** Déséquilibrés *(франц.)* — неуравновешенные люди.

ограждать себя от путаницы, которая естественным образом может возникнуть в подобном случае. По выражению лица пациента можно понять, рассказал ли он и впрямь обо всем, что знал, или просто упомянул об обстоятельствах, которые не нужно разъяснять с психической точки зрения, или же работа приостановилась из-за чрезмерного сопротивления. Если сопротивление не удается сломить сразу, можно предположить, что нить привела врача к тому слою, который пока остается непроходимым. Эту нить отпускают, дабы подхватить другую, которая, возможно, заведет столь же далеко. Когда с помощью всех нитей удается добраться до этого слоя и обнаружить узлы, из-за которых в свое время невозможно было следовать за каждой нитью по отдельности, можно опять попытаться сломить новое сопротивление.

Нетрудно представить, сколь сложной может быть такая работа. Постоянно преодолевая сопротивление, врач проникает во внутренние слои, собирает сведения о том, какие темы сосредоточены в данном слое и какие нити здесь проходят,
SE 295 проверяет, насколько позволяют продвинуться вперед имеющиеся в наличии средства и полученные сведения, добывает с
GW 300 помощью процедуры надавливания на голову пациента предварительные сведения о содержимом следующего слоя, отпускает эту нить и снова ее подбирает, следует за ней, пока не доберется до узлов, старается ее не упустить и, выискивая группы воспоминаний, следит за всеми ответвлениями, которые в конце концов все равно сливаются воедино. Действуя таким образом, удается наконец проникнуть настолько далеко, что можно уже не переходить с одного слоя на другой, а двинуться по главному пути прямо к ядру патогенной организации. Бой выигран, но еще не кончен. Теперь нельзя упустить остальные нити, нужно извлечь весь материал без остатка; впрочем, пациент уже энергично помогает врачу, сопротивление его в основном сломлено.

На поздних стадиях этой работы полезно сообщать пациенту о предполагаемой взаимосвязи до ее выявления. Если предположение подтвердится, то аналитический процесс начнет

развиваться быстрее, хотя и ошибочная гипотеза оказывается по-своему полезной, ибо вынуждает пациента занять определенную позицию и решительно высказать возражения, выдающие в нем человека, которому все известно наверняка.

При этом с изумлением убеждаешься в том, *что невозможно навязать пациенту какие-то свои мысли о том, чего он якобы не знает, или повлиять на результаты анализа, подстегивая его нетерпение*. Мне ни разу не удалось с помощью прогноза изменить или исказить воспроизведение воспоминаний или взаимосвязь событий, а это наверняка было бы заметно по разладу в их структуре. Если мой прогноз и подтверждался, то многие внушающие доверие воспоминания всегда свидетельствовали о том, что я попросту высказал верное предположение. Стало быть, можно свободно делиться с пациентом своим мнением о следующей взаимосвязи; это не повредит.

Еще одно наблюдение, которое всегда можно подтвердить на практике, относится к воспроизведению, выполняемому пациентом самостоятельно. Можно утверждать, что все воспоми- GW 301
нания, возникающие во время такого анализа, имеют определенное значение. По существу, ни с чем не соотнесенные мнемонические образы, которые как-то ассоциируются с образами важными, никогда не вклиниваются между иными воспоминаниями. Исключение, подтверждающее это правило, составляют лишь те воспоминания, которые, будучи сами по себе незначительными, все же необходимы в качестве соеди- SE 296
нительных звеньев, поскольку лишь через них поддерживается связь между двумя соотнесенными воспоминаниями. Как уже говорилось, продолжительность пребывания воспоминания в узком проходе, ведущем к сознанию пациента, напрямую зависит от его значения. Если какой-то образ не теряет яркости, значит, его еще не оценили по достоинству; если от какой-то мысли невозможно избавиться, значит, за ней нужно проследить дальше. Полностью избытое воспоминание никогда не возникает повторно; исчерпанный образ не явится снова. Если же это происходит, то наверняка прежний образ наполняется уже иным содержанием, а прежняя догадка подразумевает другой

вывод, и значит, полностью они исчерпаны не были. Одни и те же мысли и образы разной степени выраженности, напротив, зачастую возникают повторно, представая поначалу в виде смутного намека, а затем с предельной ясностью, но нашему утверждению это не противоречит.

Если в ходе анализа необходимо, в частности, устранить некий симптом, который может обостряться или возникать повторно (боли, симптомы раздражения, вроде рвоты, изменения чувствительности, контрактур), то в процессе работы замечаешь любопытное и вполне желательное явление: симптом словно «вторит» анализу. Стоит добраться до того участка патогенной организации, который отвечает за происхождение данного симптома, как симптом этот возникает вновь или обостряется и впредь следует по стопам анализа, причем характерные колебания степени его выраженности весьма показательны для врача. Степень выраженности симптома (скажем, рвотных позывов) возрастает по мере погружения в глубины соответству-
GW 302 ющих патогенных воспоминаний, достигает пика незадолго до того, как их полностью выговаривают, а после этого разом снижается, или же симптом на какое-то время исчезает вовсе. Если пациент долго воздерживается от выговаривания, неприятные ощущения и рвотные позывы становятся невыносимыми, принудить пациента к выговариванию не удается и его начинает рвать на самом деле. Это живо иллюстрирует посту-
SE 297 лат конверсионной теории истерии, согласно которому «рвота» заменяет психический акт (в данном случае выговаривание).

Колебания степени выраженности определенного симптома наблюдаются всякий раз, когда приступаешь к анализу очередного патогенного воспоминания; этот симптом все время стоит, так сказать, *на повестке дня*. Если приходится ненадолго выпустить нить, связанную с этим симптомом, то и сам симптом опять погружается во тьму, а затем в ходе анализа возникает вновь. Эта игра продолжается до тех пор, пока за счет переработки патогенного материала не удается полностью избыть все, что связано с данным симптомом.

Строго говоря, с истерическим симптомом происходит то же самое, что и с мнемоническим образом или воспроизведенной

мыслью, которые воскрешаются в памяти, благодаря надавливанию руками на голову пациента. В данном случае упорство, с которым воспоминание снова и снова навязывается пациенту, тоже указывает на то, что его нужно избыть. Различие заключается лишь в том, что истерический симптом возникает с виду самопроизвольно, а что касается образов и мыслей, то пациент ясно помнит, что они возникли с его подачи. Однако в действительности к истерическим симптомам ведет непрерывная череда не подвергнувшихся изменению *остаточных воспоминаний* об эмоциональных переживаниях и мыслительных актах, чьими *мнемоническими символами* и являются симптомы.

То обстоятельство, что истерический симптом вторит анализу, оборачивается одним житейским неудобством, с которым GW 303
пациентам нужно как-то примириться. Ведь совершенно невозможно проанализировать симптом за один присест или составить такой график работы, чтобы перерывы приходились точно на периоды затишья в анализе. Учитывая побочные обстоятельства лечения, поздний час и т. п., анализ куда чаще приходится прерывать в самый неподходящий момент, именно тогда, когда разгадка близка, именно тогда, когда обнаруживается новая тема. Такое же неудобство портит удовольствие от чтения романа, фрагменты которого ежедневно печатаются в газете, когда сразу вслед за решающей репликой героини или хлопком выстрела читатель натыкается на фразу: «Продолжение следует». В нашем случае затронутая, но не исчерпанная тема, обострившийся, но не истолкованный симптом владеют мыслями пациента и докучают ему, возможно, больше, чем прежде. Ничего не поделаешь, приходится с этим мириться; иного SE 298
не дано. Встречаются пациенты, которые в ходе такого анализа никак не могут оставить единожды затронутую тему, мысль об этом преследует их даже в промежутках между двумя лечебными сеансами, а поскольку сами-то они не могут ее исчерпать, страдают они поначалу сильнее, чем до лечения. В конце концов, подобные пациенты тоже учатся дожидаться врача, сдерживать нетерпение, с которым они стремятся исчерпать патогенный материал, до тех пор пока не наступят часы при-

ема, и начинают лучше чувствовать себя в промежутках между сеансами.

Достойно внимания и общее состояние пациента во время такого анализа. Поначалу лечение никак на него не влияет, и оно продиктовано факторами, оказавшими на него влияние
GW 304 прежде, однако в определенный момент пациент «увлекается», его охватывает любопытство, и вот тогда общее его состояние начинает все больше зависеть от результатов работы. Всякий раз, когда удается отыскать очередное объяснение, добраться до важного фрагмента в структуре анализа, пациент тоже испытывает облегчение, словно предчувствуя скорое исцеление; но когда работа приостанавливается, когда угрожает путаница, бремя, давящее на его психику, тяжелеет, он начинает острее ощущать свое несчастье, становится в большей степени недееспособным. Правда, и то и другое сохраняется недолго, поскольку анализ продолжается, и воздавать хвалы сиюминутному улучшению состояния, равно как и уделять внимание временному его ухудшению, некогда. Когда состояние пациента начинает меняться не самопроизвольно, а с подачи врача, которому ведомы причины этих перемен, испытываешь не меньшую радость, чем в тот момент, когда симптомы перестают исчезать спонтанно и устраняются в порядке, соответствующем текущим результатам анализа.

Как правило, вначале, чем глубже проникаешь в вышеописанное многослойное психическое строение, тем труднее ста-
SE 299 новится работать, тем сильнее сгущается тьма. Но стоит добраться до ядра, как все озаряется, и отныне общему состоянию пациента не грозит резкое ухудшение. Впрочем, вознаграждения за проделанную работу, исчезновения симптомов болезни можно ожидать лишь после завершения анализа каждого симптома по отдельности; если отдельные симптомы скреплены множеством узлов, то даже на частичный успех, который мог бы воодушевить во время работы, рассчитывать не приходится. Вследствие изобилия причинно-следственных связей любое доселе неизбытое патогенное представление дает повод для

проявления всех симптомов невроза, и лишь после того как прозвучит последнее слово и анализ будет доведен до конца, все признаки болезни исчезнут, подобно отдельным воспроизведенным воспоминаниям.

Когда патогенное воспоминание или патогенная взаимосвязь, прежде изъятая из сознания Я, выявляется благодаря аналитической работе и внедряется в пределы Я, пациенты, чья психическая индивидуальность таким образом обогатилась, по-разному реагируют на подобное приобретение. После того как их с трудом заставили принять это к сведению, они чаще всего заявляют: «Мне это было известно всегда, я мог бы вам и раньше об этом сказать». Самые благоразумные из них впоследствии понимают, что это был просто самообман, и упрекают себя в неблагодарности. В целом отношение Я к такому приобретению обычно зависит от того, из какого аналитического слоя это почерпнули. То, что относится к самым верхним слоям, воспринимается без труда, ведь эти сведения оставались в пределах Я, и внове для Я оказалась лишь их связь с более глубокими слоями патогенного материала. То, что извлекается на поверхность из более глубоких слоев, пациент тоже признает и принимает, но чаще всего перед этим он долго колеблется и размышляет. Разумеется, от зрительных мнемонических образов откреститься сложнее, чем отвергнуть исключительно мыслительное построение, следы которого сохранились в памяти. Нередко пациент первым делом говорит: «Возможно, у меня и были такие мысли, но я что-то не могу припомнить», и лишь освоившись с этим предположением, он наконец признает их своими; воспоминания и побочные обстоятельства, связанные с ними, убеждают его в том, что когда-то у него действительно появлялись такие мысли. Однако я взял себе за правило оценивать во время анализа любое внезапно возникшее воспоминание вне зависимости от того, признает ли его сам пациент. Я не устану повторять, что мы обязаны принимать в расчет все, что нам удалось обнаружить, пользуясь имеющимися у нас средствами. Если в эти сведения и закралась ошибка или неточность, то впоследствии ошибочные сведения сами выпадут

GW 305

SE 300

из контекста. Кстати сказать, я не могу припомнить, чтобы у меня хоть раз были основания задним числом сомневаться в подлинности ранее принятого к сведению воспоминания. Каким бы сомнительным и противоречивым ни казалось воспо-
GW 306 минание, в конце концов, выяснялось, что оно все же было подлинным.

В представлениях, почерпнутых из глубин и составляющих ядро патогенной организации, пациентам труднее всего признать собственные воспоминания. Даже когда все миновало, когда, сдавшись под натиском логики и убедившись в эффективности терапии, пациенты сообщают именно об этих представлениях, когда они допускают, что у них появлялись определенные мысли, — так вот, даже тогда они часто добавляют: «Но вот *вспомнить* о том, что я так подумал, мне не удается». В подобном случае с ними нетрудно сойтись на том, что мысли эти были *бессознательными*. Но как же согласовать этот факт с собственными воззрениями на психологию: не считаться с тем, что пациент после всей проделанной работы безо всякой причины отказывается признавать свои воспоминания; допустить, что эти мысли у него и впрямь не возникали, а лишь могли возникнуть, и терапия позволила осуществить психический акт, который тогда не имел места? Очевидно, что невозможно судить о характере патогенного материала до анализа, пока не внесешь полную ясность в собственные воззрения на психологию, по меньшей мере, в свои представления о сущности сознания. Пожалуй, еще предстоит осмыслить тот факт, что в ходе подобного анализа можно наблюдать за тем, как вереница мыслей следует из сознания в бессознательное (т. е. туда, где мысли эти никоим образом не принимают за воспоминание), оттуда протягивается в сознание и вскоре опять возвращается в бессознательное, между тем как эти изменения «психического освещения» никак не сказываются ни на самой веренице мыслей, ни на ее логической связности, ни на согласованности ее отдельных звеньев. Если бы такая вереница
SE 301 мыслей предстала передо мной целиком, мне не пришлось бы гадать о том, какое ее звено пациент признает своим воспоми-

нанием и какое звено таковым не считает. Но мне некоторым образом видны лишь вершины мысленного построения, погруженного в бессознательное, в противоположность тому, что утверждают о наших нормальных психических процессах. GW 307

В заключение необходимо затронуть еще одну проблему, которая, к сожалению, играет важную роль в ходе подобного катартического анализа. Я уже признавал, что процедура надавливания руками на голову пациента может оказаться безрезультатной, когда пациенту, несмотря на все заверения и требования, ничего не удается вспомнить. Кроме того, я утверждал, что в этом могут быть повинны два обстоятельства: либо поиски действительно ведутся там, где отыскать ничего невозможно, о чем свидетельствует спокойное выражение лица пациента, либо врач натолкнулся на сопротивление, которое можно преодолеть лишь со временем, добрался до очередного слоя, куда пока невозможно проникнуть, о чем можно судить по взволнованному и напряженному выражению на лице пациента, выдающему работу мысли. Однако в этом может быть повинно и еще одно обстоятельство, которое связано с препятствиями внешними, а не внутренними. Так происходит в том случае, когда отношения пациента с врачом разладились, вот тогда и возникает самое сложное препятствие из тех, на которые можно натолкнуться. Впрочем, в ходе основательного анализа к этому нужно быть готовым всегда.

Я уже упоминал о том, какая важная роль отводится самому врачу, когда нужно подобрать доводы, позволяющие одолеть психическую силу сопротивления. Нередко пациенты, в особенности женщины, главным образом при анализе эротических мыслительных построений, воспринимают содействие врачу как самопожертвование, которое может искупить разве что некое подобие любви. Для того чтобы поддержать эту иллюзию, от врача требуется лишь любезность и неизменное дружелюбие.

Если же отношения пациентки с врачом разладились, она уже GW 308
не может проявить готовность к сотрудничеству; и когда врач

осведомляется об очередной патогенной мысли, осознать эту мысль ей мешает обида на врача. Насколько мне известно, препятствие это может возникнуть главным образом в трех случаях:

1) Когда происходит личная размолвка, когда пациентке кажется, что ею пренебрегают, ее недооценивают и обижают, или до нее доходят слухи, порочащие врача или сам метод
SE 302 лечения, складывается наименее затруднительное положение; препятствие можно без труда устранить, если сказать обо всем напрямик и объясниться, хотя не всегда можно предугадать, куда заведет истеричку ее обидчивость и мнительность.

2) Когда пациентку охватывает страх, ибо ей мнится, будто она слишком привязалась к врачу, попала под его влияние и рискует оказаться даже в сексуальной зависимости от него, складывается более сложное положение, поскольку оно в меньшей степени обусловлено личными обстоятельствами. Причина коренится в самой природе врачебной заботы. Пациентка находит новый повод для сопротивления, но теперь она противится не только воспроизведению определенного воспоминания, но и любой попытке заняться лечением. Как правило, пациентка жалуется на головные боли, когда врач надавливает ей руками на голову. Из этого явствует, что чаще всего она не осознает, что дает ей новый повод для сопротивления, и чувства ее выражаются в виде очередного истерического симптома. В данном случае головная боль дает понять, что пациентка не хочет попасть под чужое влияние.

3) Препятствия возникают и в том случае, когда пациентка опасается того, что может перенести на личность врача выявленные в ходе анализа представления, вызывающие у нее чувство неловкости. Такое случается часто, а иной раз происходит в процессе анализа постоянно. Перенос[10] на врача осуществляется за счет установления *ошибочной связи* (см. стр. 91–95). Пожалуй, это нужно проиллюстрировать приме-
GW 309 ром: определенный истерический симптом у моей пациентки возник из-за того, что когда-то давно она испытала и сразу же отогнала, вытеснив в бессознательное, одно желание — ей за-

хотелось, чтобы мужчина, с которым она в тот момент беседовала, решительно прижал ее к себе и насильно поцеловал. И вот однажды после окончания сеанса у пациентки возникает такое же желание, но теперь уже по отношению ко мне; это ее SE 303 пугает, ночью она не может сомкнуть глаз и является на следующий сеанс, совершенно не готовая к работе, хотя и не отказывается от моих услуг. Я обо всем узнаю и устраняю это препятствие, работа продолжается, и что же, — оказывается, что желание, которое так напугало пациенту, опередило соответствующие патогенные воспоминания, которые только теперь возникли у нее по инерции логической связи. Стало быть, произошло следующее: поначалу пациентка осознала это желание, но не припомнила, при каких обстоятельствах она его испытала, поэтому и не смогла понять, что желание это давнее; поддавшись навязчивой тяге к ассоциации, властвующей над сознанием, она увязала возникшее желание со мной, ведь в данный момент именно моя личность могла занимать мысли пациентки, и от этого мезальянса — каковой я и именую ошибочной связью — вновь возник тот самый аффект, который в свое время заставил пациентку отогнать это неприемлемое желание. Теперь, когда мне об этом уже известно, я могу предполагать, что всякий раз, когда меня пытаются вовлечь в нечто подобное, происходит перенос или устанавливается ошибочная связь. Как ни странно, пациентка снова и снова становится жертвой подобного заблуждения.

Врачу никогда не удастся довести анализ до конца, если он не знает, как ему относиться к сопротивлению, которое пациент выказывает по этим трем причинам. Впрочем, из этого положения можно найти выход, если загодя решить, что с новым симптомом, сработанным по старому образцу, нужно обходиться как с прежними симптомами. Прежде всего необходимо добиться того, чтобы пациент осознал, из-за чего возникло «препятствие». Например, когда после очередного применения процедуры надавливания одна из моих пациенток неожиданно перестала мне отвечать и у меня имелись все основания для GW 310 того, чтобы предполагать, что у нее появилось бессознатель-

ное представление вроде тех, что указаны выше под номером 2, я решил захватить ее врасплох. Я сказал ей, что мы наверняка столкнулись с каким-то препятствием, но процедура надавливания позволит ей, по крайней мере, увидеть, что именно препятствует продолжению лечения, после чего надавил ей на голову. Он сказала с изумлением: «Я вижу вас, вы сидите здесь в кресле, но ведь это вздор; что бы это могло значить?» Вот теперь я мог ей все объяснить.

Другая пациентка при надавливании на голову обычно не могла сразу увидеть, из-за чего возникло «препятствие», но мне всегда удавалось выявить причину, как только я добивался того,
SE 304 чтобы она мысленно вернулась к тому моменту, когда оно возникло. Когда нужно было восстановить у нее в памяти это мгновение, процедура надавливания меня не подводила. Но отыскать и выявить препятствие — было только полдела, предстояло еще решить проблему посложнее: добиться от пациентки ответа в тот момент, когда она, по всей видимости, принимала в расчет какие-то личные отношения с другим человеком, образ которого совместился с образом врача. Поначалу я был раздосадован тем, что в психическом отношении передо мной встала более сложная задача, но вскоре я стал постигать закономерность всего процесса и к тому же заметил, что подобный перенос вроде бы не доставлял мне чрезмерных хлопот. Перед пациенткой стояла прежняя задача: она должна была преодолеть болезненный аффект, связанный с мыслью о том, что на какое-то мгновение у нее могло возникнуть подобное желание, и, по всей видимости, успех этого предприятия не зависел от того, затрагивала ли она проблему душевного неприятия, которое вызвали у нее давние происшествия или нынешние отношения со мной. Мало-помалу пациенты тоже стали понимать, что подобные переносы на личность врача возникают поневоле и по вине иллюзии, которая исчезает после завершения анализа. Но мне кажется, упусти я возможность показать им, откуда взялось это «препятствие», у них возник бы новый, пусть
GW 311 и более мягкий, истерический симптом взамен прежнего, развившегося самопроизвольно.

Полагаю, что теперь сказано достаточно о том, как проводится такой анализ и какие наблюдения были в ходе него сделаны. Возможно, на практике кое-что выглядит проще; к тому же в ходе работы многое получается само собой. Я перечислил все трудности, сопряженные с подобной работой, вовсе не затем, чтобы у читателей сложилось впечатление, будто требования, предъявляемые к врачу и пациенту, столь высоки, что применять катартический анализ имеет смысл лишь в редчайших случаях. В своей врачебной практике я руководствуюсь совершенно иными соображениями. Правда, я не могу назвать предельно четкие показания к применению описанного мною терапевтического метода, не пускаясь в рассуждения на более важную и пространную тему терапии неврозов в целом. Сам я часто сравнивал катартическую психотерапию с хирургическим SE 305 вмешательством, называл свои лечебные сеансы *психотерапевтическими операциями*, усматривал аналогию между ними и вскрытием наполненной гноем каверны, выскабливанием участка ткани, пораженного кариесом, и т. п. Подобные аналогии оправданны, если подразумевается не удаление больных тканей, а скорее, создание более благоприятных условий для развития процесса.

Когда я обещал своим пациентам, что катартическое лечение им поможет или принесет облегчение, мне не раз приходилось слышать возражение: «Вы же сами сказали, что мой недуг, скорее всего, связан с обстоятельствами моей жизни и превратностями судьбы: тут вы не в силах что-либо изменить; как же вы собираетесь мне помочь?». В ответ я мог бы сказать: «Я и не сомневаюсь в том, что судьбе было бы легче, чем мне, избавить вас от страданий: но вы сами убедитесь в том, GW 312 что все изменится к лучшему, если мы сумеем превратить ваши истерические беды в обычное несчастье. С ним вам будет легче справиться, когда вы поправите свое душевное здоровье».

ПРИЛОЖЕНИЯ

РОЖДЕНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА В ПЕРЕВОДЕ

ПЕРЕХОДНАЯ КНИГА

В определенной мере книгу «Исследования истерии» можно считать первым психоаналитическим трудом. До этого конструктор психоанализа, доктор Зигмунд Фрейд, писал работы по гистологии и физиологии, невропатологии и психопатологии, об афазии и кокаине. «Исследования истерии» — анализ этиологии, течения и терапии психических расстройств. В то же время, «Исследования истерии» — это головокружительный отчет о рождении психоанализа. Не сознательный отчет, написанный Зигмундом Фрейдом, но отчет, который мы осознаем многие десятилетия спустя, осмысляем задним числом [nachträglich]. От внимательного читателя не ускользнут подробности родов психоанализа.

В каком смысле?

Во-первых, на наших глазах в этой книге складывается психоаналитический словарь, концептуальный аппарат будущих теорий. Мы видим, как Фрейд говорит то о расщепленном сознании, то о сознании расширенном и суженном, то о сознании и бессознательном. Бессознательное еще не стало той областью, которую ему хотелось бы обнаружить и исследовать. Его задача — проникнуть в «более глубокие слои сознания», «раздвинуть пределы сознания пациентки». Мы замечаем, как в тексте появляются, но еще не обретают терминологической устойчивости такие фундаментальные понятия, как «вытеснение» и «сопротивление», «защита» и «перенос». Помимо нарождающегося психоаналитического дискурса, читатель, конечно же, обратит внимание и на отчетливые следы французского влияния (такого количества французских терминов и ссылок на Шарко, Льебо, Бернгейма в дальнейшем мы уже не увидим), и на ряд концептуальных рудиментов, таких как, например, «инстинктивный страх» или «инстинктивное отвращение».

Во-вторых, «Исследование истерии» — отчет о том, как прорабатывается психоаналитическая техника, как она вырабатывается во взаимодействии с Йозефом Брейером и пациентками и даже в

противодействии им. Эта книга — история обнаружения технических приемов терапии, отказа от них, открытия новых приемов. Мы видим, как Фрейд прибегает ко всем новомодным техникам, от которых после этой книги не останется и следа. Он использует теплые и прохладные ванны, массаж, лечение покоем, различные формы электротерапии. Он ищет свое эффективное средство. И постепенно радикально меняет отношения доктора и пациента.

Почему же мы говорим, что эта книга — первая психоаналитическая работа только «в определенной мере»?

Во-первых, повторим еще раз, книга эта носит переходный характер как в концептуальном, так и в техническом отношении.

Во-вторых, странно было бы с полной уверенностью называть эту книгу психоаналитической до существования самого слова психоанализ, а появится оно через год, в 1896 году, в статье «Дальнейшие замечания о психоневрозах защиты».

В-третьих, еще один крайне важный момент, указывающий на допсихоаналитический характер книги: у Фрейда еще действует та оппозиция «быль/вымысел», деконструкция которой в знаменитом письме Флиссу от 21 сентября 1897 года приведет к стремительному развитию психоаналитических теорий. Переход от инфантильных травм к инфантильным фантазиям еще впереди, а пока господствует теория травмы, которая когда-то имела место на самом деле.

В исследованиях истерии рождается психоанализ. При этом в отношениях психоанализа и истерии наблюдается парадоксальная история: по мере того, как в исследованиях истерии вырабатывается психоанализ, сама истерия постепенно как бы исчезает. Уже в середине XX века стали говорить о том, что истерия растворилась окончательно. Однако действительно ли истерии больше нет после того, как понятие это просуществовало более двух тысячелетий? Может быть, она переходит в XX веке в область массовой психологии под видом массовой истерии? Может быть, симптомы ее оказались в какой-то другой нозологической ячейке? Может быть, ее поглотили пограничные расстройства? Может быть, ее разобрали на ряд отдельных психических расстройств, как предписал ученик Шарко Бабинский, назвавший свою работу 1909 года «Расчленение традиционной истерии» и заменивший само понятие истерии неологизмом питиатизм? Может быть,

истерия дала начало другим нозологическим единицам — анорексии, булимии, хронической усталости, многоличностным расстройствам? Может быть действительно «форма болезни изменилась ... но само существование истерии сейчас более неопровержимо, чем когда бы то ни было» [18:168–169]?

В исследованиях истерии рождается психоанализ, и, если мы хотим понять его особенности и его развитие, мы, согласно его собственным теоретическим диспозициям, должны обратиться к этим родам. Более того, с учетом того, какое значение в культуре XX века сыграл психоанализ, можно сказать: если мы хотим понять самих себя, мы должны обратиться к этой книге, и в этом ее бесценность.

ОТ ГИПНОЗА ЧЕРЕЗ КАТАРСИС К ПСИХОАНАЛИЗУ

Психоанализ рождается, не раз будет повторять впоследствии Фрейд, как наследник гипноза, рождается там, где заканчивается гипноз. Этот переход от гипноза к психоанализу как раз и предстает перед нами в «Исследованиях истерии». Зачем нужен гипноз? — «Чтобы раздвигать пределы памяти»*, — отвечает Фрейд и отправляется на поиски техники, позволяющей раздвинуть эти пределы без гипноза. Без гипноза, маскирующего сопротивления [29:124], и потому не решающего проблемы.

Последние десятилетия XIX века можно назвать годами истерии и гипноза. В XIX веке господствуют, по меньшей мере, три различных понимания природы истерии: во-первых, истерия — результат дурной наследственности, дегенерации; во-вторых, это расщепление, раздвоение души; в-третьих, результат нарушения движения и обмена флюидов, токов животного магнетизма.

В 1880-е годы в Европе приоритет в исследованиях истерии принадлежит Сальпетриерской школе Шарко и Нансийской школе Бернгейма. Именно Шарко и Бернгейм привлекают внимание Фрейда к истерии. Для Шарко истерия, в первую очередь, это

* Цитаты из «Исследований истерии» приводятся по данному изданию. — *Прим. ред.*

расстройство нервной системы, в основе которого лежит травма, травматический шок. Впрочем, отношение Шарко к этиологии истерии двойственно: с одной стороны, он говорит о наследственном факторе, с другой — о психологической травме. 13 октября 1885 года Фрейд приезжает в Париж на стажировку к Шарко, где, «освободившись от пут физиологии», он наконец-то может «заняться изучением психологии в собственном смысле слова» [18:108]. Здесь Фрейд видит гипноз в действии. Он видит его силу. Видит он и то, что с помощью внушения под гипнозом можно вызвать искусственные истерические припадки, искусственные истерические параличи.

В течение первых пяти лет своей практики (1887—1892) Фрейд достаточно регулярно прибегает к гипнозу. Однако уже в мае 1889 года Фрейд переходит от гипнотического внушения к катартическому методу Брейера, применяя его впервые при лечении Эмми фон Н. (Фанни Мозер). Фрейд предлагает пациентке лечь с закрытыми глазами, сосредоточиться, и тогда «свежие и давние воспоминания» непременно окажутся на поверхности. Увы. Тут терапевт и сталкивается с серьезным препятствием — сопротивлением лечению. Больная не хочет избавляться от болезни, не хочет вспоминать никаких травматических событий, даже если сознательно прилагает к этому все возможные усилия, даже если настаивает на своем желании от болезни избавиться. Чтобы преодолеть это сопротивление, Фрейд надавливает пациентке на лоб и требует от нее концентрации. Эта процедура надавливания на лоб должна вызвать у пациентки «зримые образы и озарения», должна их как бы вновь пропечатать, запечатлеть.

Фрейд подчеркивает, что такой метод невозможно применять, если пациент не готов к тесному сотрудничеству. Метод Брейера-Фрейда требует проявления «живейшего интереса к психологическим обстоятельствам и участливое отношение к пациенту», и «не меньшего расположения требует от пациента». Так складывается представление о том, что психоаналитическая терапия возможна только при взаимном доверии, в ситуации рабочего альянса, при разделенной ответственности. И этот совершенно очевидный сейчас аспект отнюдь не был таковым до Фрейда.

В истории Эмми фон Н. Фрейд подчеркивает, что ему не всегда удается ее загипнотизировать, и он прибегает к катарсису. Понятие «катарсис» Брейер находит в «Поэтике» Аристотеля.

Через катарсис Аристотель определяет трагедию как «подражание действию важному и законченному ... при помощи речи, в каждой из своих частей различно украшенной; посредством действия, а не рассказа, совершающее путем сострадания и страха очищение подобных аффектов» [2:56]. Отметим здесь принципиально важные для нас слова: во-первых, катарсис предполагает действие вместо рассказа, во-вторых, через страх и сострадание происходит избывание подобных аффектов.

Процедуру избывания, избавления, отреагирования зажатого аффекта Брейер и Фрейд называют катарсисом. Уже неологизм «отреагирование» [abreagieren] подчеркивает отдаление, отделение аффекта от травмирующего представления. Брейер и Фрейд обращают внимание на то, что в результате катартического отреагирования аффект убывает. Фрейд находит подтверждение такому феномену в идиоматике языка: «это обстоятельство нашло выражение в словах "излить душу", "выплакаться"». В том случае, если не происходит адекватного — в количественном отношении — отреагирования аффекта, то сохраняется его связь — причем, не обязательно непосредственная — с патогенным представлением.

Однако Фрейд не останавливается на катартическом отреагировании. Он идет дальше: пациент должен вспомнить само травматическое переживание, обнародовать собственно патогенное представление. При этом Фрейд упоминает «об одном странном обстоятельстве», которое заключается в том, что своими собственными патогенными воспоминаниями пациенты не располагают, они «об этих событиях совершенно не помнят или припоминают их только в общих чертах». Здесь рождается психоанализ, теория, интерес которой смещается в область памяти: «сами эти воспоминания соответствуют травмам, которые не были в должной мере "отреагированы"». Итак, во-первых, дело не только и не столько в аффекте, сколько в связанном с ним представлении, и, во-вторых, мы не помним событий «своей собственной» жизни, но события эти помнят нас. Не мы владеем своим прошлым, но оно нами. Фрейд понимает: нужно добиться этих воспоминаний во что бы то ни стало, но при этом не любой ценой, по меньшей мере, не ценой гипноза и внушения.

Приступая в конце 1892 года к работе с пациенткой, кото-рой он дает имя Люси Р., Фрейд уверенно декларирует отказ от ка-

тартического метода вместе с гипнозом и внушением. Он указывает, по крайней мере, на три причины этого отказа: во-первых, Люси Р. в очередной раз показывает ему — не все пациенты гипнабельны. Во-вторых, он убеждается в том, что его собственные силы «в этом отношении ограничены». И, наконец, видит, что снятие симптома без устранения его причины приводит лишь к появлению другого симптома.

Что же делать? Фрейд оказывается перед дилеммой: «либо отказываться от катартического метода», «либо рискнуть и попытаться применить его без сомнамбулического транса». Когда Фрейду не удается погрузить пациентку в сомнамбулический транс, он требует от нее «концентрации». Фрейд вспоминает, как мастер гипноза Ипполит Бернгейм доказывал, что только кажется, «будто воспоминания сомнамбулы забываются в бодрствующем состоянии; достаточно малейшего намека вкупе с манипуляцией, знаменующей другое состояние сознания, чтобы они возникали вновь». Человек способен вспомнить то, что, как ему кажется, в его памяти отсутствует без всякого гипноза. Фрейд начинает убеждать своих пациенток «просто» ему все откровенно рассказать. Он кладет ладонь на лоб пациентки и говорит: «Вот сейчас я надавлю вам рукой на лоб, и вы все припомните. Как только я уберу руку, у вас появится какой-то зрительный образ или вас неожиданно осенит, и вы сразу обнаружите именно то, что мы ищем. — Итак, что вы увидели или что пришло вам на ум?».

Люси Р. оказывается прямо «ясновидящей» пациенткой, в памяти которой при надавливании рукой на лоб тотчас всплывают картины, вначале смутные, фрагментарные, затем все более четкие. Отходя от катартического метода, Фрейд понимает магическую роль слова в терапии, он слышит, что «язык служит для человека суррогатом поступка, и с его помощью можно почти так же "отреагировать" аффект»!. Речь постепенно становится основным инструментом психоаналитической терапии. Сосредоточенность уступает место рассредоточенности. Мы можем наблюдать, как рождается в диалоге с Люси Р. то, что будет в дальнейшем названо свободными ассоциациями.

Она: У меня появилась одна мысль, но она не может иметь к делу никакого отношения.

Он: Просто скажите.

Она: Я подумала об одной своей подруге, девушке, которая умерла ... ей было тогда семнадцать, как и мне.

Он: Вот видите, я же вам сказал, что можно доверять тому, что приходит на ум.

Свободные ассоциации позволяют субъекту проговориться, высказать недостающие звенья непрерывной цепи ассоциаций. В истории болезни Элизабет фон Р. (Илоны Вайсс) мы видим уже вполне сформировавшуюся технику. В основании этой техники лежат следующие представления: психические процессы непрерывны и проявляются в ассоциативных цепях представлений, звенья которых связаны причинно-следственными связями. Фрейд сначала выслушивал «рассказ больной о том, что ей было известно, внимательно отмечая те места, где какая-нибудь взаимосвязь оставалась загадочной, где, по всей видимости, отсутствовало одно звено в причинно-следственной цепочке, а затем проникал в более глубокие слои воспоминаний, разузнавая об этом при помощи гипноза или подобных ему приемов. В основе работы лежало, конечно, предположение о том, что детерминирование можно в полной мере выявить». Причины симптомов не только нужно, но и можно «в полной мере» установить. Фрейд тщательно анализирует каждый ее симптом, выявляя его детерминированность, и история болезни Элизабет фон Р. становится первым завершенным анализом истерии.

Фрейд отмечает, что «настоящие патогенные воспоминания» крайне редко лежат на поверхности; «куда чаще обнаруживается представление, служащее промежуточным звеном в цепочке ассоциаций, связывающей исходное представление и искомое патогенное представление, или представление, от которого тянется вереница мыслей и воспоминаний, завершающаяся патогенным представлением». Задача — восстановить непрерывность ассоциативных цепей, реконструировать связи. Работа врача теперь не столько напоминает собственно работу врача, сколько археолога. Фрейд осознает эту аналогию по мере терапии Элизабет фон Р.: «в процессе этого первого завершенного анализа истерии, предпринятого мною, я выработал подход, который впоследствии возвысил до уровня метода и применял с определенной целью, тот подход, рассчитанный на вычищение пластов патогенного психического материала, каковой мы часто и охотно сравнивали с приемами, используемыми при раскопках погребенного в земле города». Дис-

курс каждой пациентки представляет собой фрагментированный текст, ребус. Задача врача — не столько собственно задача врача в традиционном смысле слова, сколько работа по совместному лингвистическому конституированию истории пациентки.

НЕ ПРОСТО ИСПОВЕДАТЬСЯ: ВЫСКАЗАТЬСЯ!

Нажимая на лоб, Фрейд спрашивает: «Что вы увидели? Что вам пришло на ум?» Он прибегает к надавливанию, к этой, как он говорит, уловке, этому ничего, кажется, не значащему трюку [Kunstgriff]. Трюк этот предполагает, что образы должны появиться после снятия руки. Фрейд нажимает на лоб не ради нажима как такового, но для того, чтобы его прекратить, — освободить лоб от давления, жестом указать на открытый для воспоминаний доступ. В этот, как отмечает Лакан, миметический момент устранения преграды «пациент оказывался в полном сознании, и ему следовало лишь принять мысли, представшие его уму, чтобы ухватиться за нужную ниточку» [7:29]. Эта уловка ведет к тому, что станет основным правилом психоанализа, правилом свободных ассоциаций, главным условием контакта, контракта аналитика с пациентом: говорить все, что приходит в голову! Высказаться. Не препятствовать говорению. Фрейд объясняет пациентам это единственное правило — ничего не умалчивать, не утаивать. Предельно важным оказывается требование одновременной активности и пассивности от пациента: нужно не просто говорить все, но все, что приходит на ум.

Постепенно Фрейд понимает, что трюк с надавливанием совсем не обязателен. Трюк этот — след гипноза, остаток внушения и даже магии, ведь ему теперь нужно не сконцентрировать, а «рассеять внимание пациента, сосредоточенное на сознательных поисках и размышлениях ... отвлечь его внимание от всего того, в чем может проявиться его воля, достичь такого состояния, какое возникает при созерцании хрустального шара». Больше не нужно концентрироваться, не стоит нажимать на лоб, достаточно рассредоточить внимание и говорить все, что приходит в голову. Нужно стать своим собственным медиумом, созерцая невидимый хрус-

тальный шар, и тогда вытесненное, т. е. запечатленное где-то, недоступное сознанию воспоминание сможет высказаться. Пусть выговаривается! Пусть возвращается вытесненное! Представление о вытеснении рождается, исходя из динамики душевного конфликта. Оно появляется, исходя из конфликта желания и невозможности его удовлетворения, из конфликта между собой и другими, из конфликта между собой и собой-другим, из конфликта в себе.

Именно через вытеснение Фрейд приходит к идее бессознательного. Вытесненное отсутствует в сознании, но дает о себе знать. Вытесненное — «собственно» бессознательное. Не удивительно, что именно вытеснение Фрейд называет и «краеугольным камнем понимания неврозов» [31:60], и «краеугольным камнем психоанализа» [30:152]. В истории болезни Люси Р. он пишет: «Основанием для самого вытеснения может быть только ощущение неудовольствия, несовместимость вытесняемой мысли с совокупностью представлений, господствующих в Я». Вытесненное бессознательное вступает в конфликт с «официальным» сознанием, и никакие уговоры, как мы видим в истории Сесилии М., не помогают: «Всякий раз, когда она, будучи в прекрасном здравии, говорила мне нечто вроде: "Я уже давно перестала бояться ведьм по ночам", или "Как я рада тому, что глаза у меня уже давно не болят", можно было не сомневаться в том, что на следующую ночь она преумножит хлопоты сиделки из-за сильнейшего страха перед ведьмами или почувствует вскоре те самые боли в глазах, которых она боится. Во всех подобных высказываниях сквозило то, что уже было окончательно подготовлено в бессознательном, а ни о чем не подозревающее "официальное" (по выражению Шарко) сознание...». Шарко говорит о двойном сознании, о раздвоении, о сознании «официальном» и «неофициальном», Фрейд стремится наладить связь между вытесненным («неофициальным») и «официальным» сознанием. Для Фрейда речь уже не может идти о двух сознаниях, поскольку одна из инстанций как раз и отличается тем, что не осознается. Более того, это раздвоение не патологично, но конститутивно.

Итак, вытесненное должно высказаться. Задача врача — слушать, что говорят. Здесь мы становимся свидетелями еще одного принципиального переворота, совершаемого Фрейдом. Врачи

Сальпетриерской школы, как, впрочем, и Нансийской школы, не обращают внимания на то, что истерик говорит. Им важно видеть, что он делает. Впрочем, это пренебрежение к словам «оправдано», ведь истерикам нельзя доверять, поскольку они, согласно репутации, – притворщики и лгуны. Сальпетриерцы делают схемы, наброски, слепки, снимают и подписывают сотни фотографий, которые «служат буквально фиксации и стабилизации клинического взгляда» [21:65]. Допсихоаналитическая терапия научна и основана на наблюдении. У Фрейда прямо над аналитической кушеткой в течение многих десятилетий будет висеть литография, выполненная по картине Андре Бруйе «Клиническая лекция в Сальпетриере». На картине, впервые выставленной в Парижском Салоне 1887 года, Шарко предъявляет свою самую знаменитую пациентку, Бланш Виттман. Она изображена в состоянии глубокого истерического криза. Пациентку поддерживает, пожалуй, самый известный ученик Шарко, Бабинский. Мужская аудитория Сальпетриера наблюдает за происходящим. Шарко говорит. Пациентка молчит.

Фрейд смещает акцент с глаза на ухо и уходит все дальше и дальше как от Шарко, так и от Бернгейма, как от Брейера, так и от врачебной традиции вообще. Впрочем, «Исследования истерии» он пишет вместе с Брейером.

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА: БРЕЙЕР И ФРЕЙД

На обложке книги стоят имена двух авторов, однако лишь первая часть, «О психических механизмах истерических феноменов», опубликованная в 1893 году, представляет собой плод совместных усилий. В предисловии к первому изданию Брейер с Фрейдом пишут: «То обстоятельство, что в книге попадаются различные и даже противоречащие друг другу суждения», следует объяснять «естественными и оправданными расхождениями во мнении двух наблюдателей». Два наблюдателя – два наблюдения. Два наблюдения – два мнения. Два мнения – два суждения. Каждый внес в книгу свой теоретический вклад и свои истории болезней. Впро-

чем, понятно, вся книга — результат совместной работы, обсуждений, споров и даже борьбы. После выхода книги в свет отношения Фрейда с Брейером испортились окончательно.

Психоанализ берет начало в отношениях Фрейда и Брейера с их пациентками. Конечно же, невозможно установить, кому именно принадлежит «открытие» таких понятий, как сопротивление, защита, вытеснение, перенос. Мы ставим «открытие» в кавычках, поскольку речь идет не просто о введении того или иного понятия, которое, как, например, «бессознательное» или «вытеснение», могло существовать задолго до Фрейда. Речь идет о создании новой концептуальной системы, в которой каждое понятие меняет свое значение, обретает психоаналитическое звучание.

Для Брейера принципиально важны такие понятия, как «гипноидные состояния», «катарсис», «отреагирование». Он развивает мысль о том, что галлюцинации суть «ретрогрессии» от образного строя к восприятию, что функции восприятия и памяти не принадлежат одному аппарату, что существует принципиальное различие между связанной (тонической) и несвязанной (подвижной) психической энергией, что между первичным и вторичными психическими процессами есть корреляция. Экономика Фрейда складывается на этой основе и на представлениях о захвате энергии и ее снятии, которые прорабатываются им как в «Исследованиях истерии», так и в другой работе, датированной тем же 1895 годом, которая получит известность как «Набросок научной психологии». В этой работе Фрейд отдает последнюю дань той школе, из которой они вместе с Брейером вышли — школе Гельмгольца, Фехнера, Брюкке. В ней Фрейд предпринимает попытку описать психологические феномены строгим языком физико-химической науки. Попытка оказывается неудачной, и Фрейд пытается текст уничтожить. «Исследования истерии» написаны совершенно другим языком, языком психологии, психиатрии, литературы. Верх берет интерес к работе языка и памяти, к которым он обращается еще в допсихоаналитическую эпоху, в книге «К пониманию афазии» (1891). Этот интерес обретает принципиальное значение в связи с историей болезни Анны О., для понимания которой необычайно важны ее афазии и ее дар рассказчицы (в 1890 году вышел том ее рассказов под псевдонимом П. Бертольд). Книга об афазии, кстати, оказывается одним из первых пунктов расхождения

Фрейда и Брейера: Фрейд посвятил эту книгу Брейеру и был разочарован тем, что его друг не оценил ее по достоинству.

В историю болезни Анны О. (Берты Паппенгейм) Брейер посвятил Фрейда в ноябре 1892 года. На Фрейда история произвела неизгладимое впечатление, и он даже попытался донести ее до Шарко, но у того было «достаточно» своих удивительных пациенток. Эту историю считают основополагающей для построения психоаналитических теорий, ее называют нулевым уровнем психоанализа, как бы подчеркивая то, что психоанализ с нее еще не начинается, но уже начался. Именно с этой историей чаще всего связывают рождение психоанализа. Историю Анны О. можно считать и тем ядром, вокруг которого росла вся книга. Интересна не только история болезни Анны О., но и история жизни Берты Паппенгейм, которая стала пионером немецкого женского движения, основывала детские дома для сирот, боролась с проституцией и алкоголизмом. Берта Паппенгейм продемонстрировала, что истерия это и «патологический результат патриархальности, и ее подрыв» [26:54].

Амнезии и афазии Анны О. и их преодоление уже убеждают Фрейда в необходимости бессознательного для понимания этиологии истерии. Убеждают еще до стажировки у Шарко, до того, как будет сформулирована основа бессознательного — концепция вытеснения. Этот пункт оказывается поворотным и в карьере Фрейда. До этого события он изучал гистологию мозга в физиологической лаборатории, но история Анны О. побудила его заняться психологией еще до стажировки в Париже (1885—1886). 11 июня 1882 года Фрейд говорит своему наставнику Брюкке о решении оставить лабораторию физиологии, где он работал уже 6 лет, и заняться практической медициной. Прежде чем открыть свой собственный кабинет, он решает приобрести клинический опыт и поступает в Венскую городскую больницу общего профиля, а 1 мая 1883 года переходит в психиатрическое отделение доктора Мейнерта.

С именем Анны О. связаны такие фундаментальные открытия, как «лечение речью» (talking cure, как по-английски называет это явление сама Анна О.) и «перенос». Брейер не мог не оценить речь как средство избавления от симптомов, но, как подчеркивает Фрейд, не разглядел феномен «переноса». В связи с Анной О. и

этими двумя открытиями Фрейд и говорит об изобретении психоанализа. Поэтому неудивительно, что в лекциях «О психоанализе» (1909) он возлагает ответственность за психоанализ на Брейера: «если создание психоанализа является заслугой, то это не моя заслуга» [29:107]. И все же в заключительной теоретической части «Исследований истерии» Фрейд принимает ответственность за появление психоаналитического ребенка на себя: «было бы несправедливо перекладывать ответственность за эволюцию моих представлений на плечи моего уважаемого друга Й. Брейера. Поэтому нижеследующее я излагаю по большей части от своего имени». Именно перенос, который Фрейд обнаруживает в отношениях Анны О. и Й. Брейера, можно считать «первым капитальным открытием Фрейда, расчистившим путь для всех последующих» [18:151].

Если бы Брейер понял характер своей связи с Анной О., то открытие психоанализа стало бы его открытием. Что же между ними произошло? Ключевой эпизод известен нам со слов Фрейда, который вспоминает о нем в письме Стефану Цвейгу 2 июня 1932 года, причем вспоминает даже не событие, а воспоминание о нем, о том, что Брейер рассказал ему пятьдесят лет назад! Не случайно эту историю считают и «основополагающим мифом» психоанализа, ретроспективно перенесенным Фрейдом в 1880-е годы: через несколько лет после разрыва отношений с Брейером Фрейд вдруг вспоминает, как тот однажды поведал ему историю, которой нет в «Исследованиях истерии». Итак, через полтора года после начала терапии, в июне 1882 года, Брейер прерывает лечение и отправляет пациентку в горный санаторий. Причем причина не только в том, что у нее больше нет истерических симптомов, но и в том, что, узнав о прекращении отношений с врачом, Анна О. переживает ложную беременность. Она сообщает: «Рождается ребенок доктора Брейера!» [32:413].

Потрясенный плодом ее фантазии Брейер, по словам Фрейда, отправляет Анну О. к Роберту Бинсвангеру в санаторий «Бельвю» в Кройцлингене, а сам в спешном порядке уезжает в Венецию. Психоаналитический ключ, ключ от тайника человеческой души, ключ переноса, подчеркивает Фрейд, был уже в руках Брейера, но, лишенный исследовательского характера Фауста, тот предпочел ретироваться. Таким образом, в основании психоанализа ока-

зывается негация — неудача Брейера, его нежелание увидеть сексуальный перенос. Брейер отказался видеть эротический характер связи доктора и пациентки, а связь эта, связь-в-переносе была настолько сильна, что некоторым она представляется единственно важной: Анна О. производит симптомы, чтобы удовлетворить ожидания Брейера и, тем самым, продлить связь [25]. Не менее важным, естественно, видится и благодарное исчезновение сфабрикованных симптомов.

Эти фундаментальные для истории психоанализа отношения переноса Фрейд концептуализирует в конце «Исследований истерии». Перенос [Übertragung] он определяет как заблуждение, как ошибочную связь, которую пациентка устанавливает между собой и врачом: «перенос на врача осуществляется за счет установления ошибочной связи [falsche Verknüpfung]. Поначалу это открытие вызывает у него досаду, поскольку задача его усложняется, однако вскоре он понимает, что и на сей раз, как и в случае с сопротивлением, то, что кажется препятствием, оказывается мощным оружием терапии.

Осмыслением переноса Фрейд обязан не только известной пациентке Брейера, но и своей собственной пациентке, имя которой нам до сих пор неизвестно. С ней Фрейд работал где-то между 1889—1892 гг. В 1925 году он пишет: «Однажды мне довелось пережить опыт, который в самом ярком свете доказал мне то, о чем я давно уже подозревал. В тот день я проводил сеанс гипноза с одной из наиболее податливых моих пациенток, с которой мне блестяще удавалось связывать приступы болей с породившими их в прошлом причинами. Таким образом, я снял очередной приступ, и, когда затем разбудил больную, она бросилась мне на шею. Неожиданное появление служанки избавило меня от неприятного объяснения, но с этого дня мы, с обоюдного согласия, прекратили гипнотическое лечение. Я был достаточно хладнокровен, чтобы не отнести этот инцидент на счет личной неотразимости, и мне показалось, что я уловил природу скрытого в гипнозе мистического элемента. Чтобы устранить или хотя бы избежать его, мне пришлось отказаться от гипноза» [31:58].

С этого момента изменяются и отношения врача и пациента. Теперь врач оказывается не только в пределах либидо-представлений пациентки, но и вне их. Врач — лишь заместитель кого-то еще, другого, отсутствующего. Связь между ним и пациенткой

ложная, и именно эту связь и нужно проанализировать. Осознание переноса позволяет ему сохранять дистанцию между собой и пациенткой. «В течение ста лет до открытия Фрейда психотерапевтов преследовал осознанный или бессознательный страх перед возможными эротическими осложнениями, возникающими в ходе межличностной связи; отныне они могли чувствовать себя свободными от этих опасений, как, например, Брейер после разъяснений Фрейда» [18:164].

Фрейд начинает обращать внимание и еще на одну особенность переноса: он направлен на авторитетную фигуру, каковой является доктор, каковой когда-то был отец. Фрейд начинает различать и тайную любовь пациентки к отцу, отцовским фигурам. Так, уже в «Исследованиях истерии» можно отметить зачатки того, что будет названо им впоследствии эдиповыми отношениями.

Перенос — тот водораздел, который отделяет Фрейда и от Брейера, и от Шарко, для которого пациент — объект наблюдения, а не субъект отношения. Фрейд устанавливает связь между доктором и пациентом. Эта связь для него важнее наблюдения объекта и постановки диагноза. Тем более что истерия понимается в конце XIX века весьма широко. Диагноз существует в историческом контексте, и говорить, что у Анны О., например, была явная шизофрения, значит, не придавать значения ни особенностям понимания истерии в 1880-е годы, ни тому, что понятие «шизофрения» Блейлер введет в 1911 году.

ПЛАСТИЧНЫЙ ДИАГНОЗ

Пересмотру подвергают диагнозы всех пациенток «Исследований истерии». Одни диагносты считают, что все пять случаев — шизофрения, другие — что шизофрения только у Анны О. и Эмми фон Н., а у остальных истерия, третьи, что случай Анны О. — пограничное расстройство, четвертые, что у нее — маниакально-депрессивный психоз и т. д.

Нозологическая единица содержится уже в названии книги. Она посвящена исследованиям истерии. Да и что же еще объединяет всех героинь этой книги, как не общий диагноз? Однако авторы «Исследований истерии» подчеркивают, что им пришлось прибе-

гать к совершенно разным моделям описания. В самом конце своей теоретической части Брейер пишет, что им пришлось рассмотреть множество теорий истерии, от старой «рефлекторной теории» до новой теории «диссоциации личности».

В начале главы «О психотерапии истерии» Фрейд отмечает следующий парадокс: диагноз можно поставить только проанализировав историю заболевания, но приходится его ставить до. Фрейд подчеркивает, насколько разнятся суждения о расстройстве до и после анализа. Как наследник классической психиатрической школы, Фрейд продолжает заниматься психиатрической нозологией. Он говорит о неврастении, неврозе тревоги, истерии, неврозе навязчивых состояний, но все же не останавливается на этих нозологических единицах. Фрейд понимает, что чаще всего симптомы пациента представляют различные неврозы, что «истерия и невроз навязчивого состояния в чистом виде встречаются редко, и обычно оба этих невроза сочетаются с неврозом тревоги». Фрейду важен не столько диагноз, сколько симптомы. Симптомы же организуются в симптомокомплексы, так что «самые распространенные, обычные неврозы чаще всего следует называть "смешанными"». Это смешение симптомов интересно при анализе, но анализировать приходится отдельные симптомы, а точнее историю их происхождения. История же происхождения это еще и история психосексуального развития: «если я и решился объединить четыре этих случая под названием истерии и не подходил к ним с мерками, пригодными для сексуальных неврозов, то объясняется это лишь тем, что лечение проводилось давно, когда я еще не занимался целенаправленным и настойчивым поиском невротической сексуальной подоплеки этих заболеваний». Подход Фрейда к диагностике не просто подчеркивает ее относительный характер, не только напоминает о первостепенной значимости даже не столько констелляции симптомов, сколько динамики, экономики психических процессов. Более того, подход этот описывает то, что будет в конце 1920-х годов названо патоморфозом, явлением хорошо знакомым сегодняшним психиатрам — изменением клинических и морфологических проявлений болезни в сравнении с традиционными представлениями.

Общим местом является утверждение, что разногласия между Брейером и Фрейдом связаны с оценкой роли сексуальности в

этиологии неврозов. Об этом в частности пишет и биограф Фрейда Джонс: двадцатилетняя дружба разрушается летом 1894 года из-за нежелания Брейера признавать ведущую роль сексуальности в этиологии истерии [4:144]. Напомним, что сам Фрейд называет Брейера (вместе с Шарко и Хробаком) среди тех, кто ему эту идею подал. Однако, перенося ответственность за нее на Брейера (Шарко, Хробака), Фрейд оговаривается, что ответственность эта не имеет отношения к осознанным представлениям, поскольку «все эти три человека передали мнение, которого, строго говоря, не разделяли» [30:149]. Между тем, в своем разделе книги Брейер вполне уверенно говорит о роли сексуальности: «Среди представлений, которые зачастую вызывают защитную реакцию и подвергаются конверсии, следует особо выделить представления сексуального характера. Они чаще всего лежат в основе истерии, развивающейся в период полового созревания. ... самые тонкие натуры отличаются чувственностью и повышенной сексуальной возбудимостью, но, будучи весьма добродетельными, не приемлют никакие проявления сексуальности, поскольку им кажется, что подобные мысли оскверняют и пятнают их чистую душу .... Эти девушки вытесняют из сознания все, что имеет отношение к сексуальности, поэтому аффективные представления сексуального характера, от которых они "защитились", становятся бессознательными и способствуют появлению соматических феноменов. Девичья склонность к защите от сексуальных представлений усиливается еще и оттого, что к чувственному возбуждению у девственниц примешивается страх, возникающий при мысли о неведомых переживаниях, которые готовит им будущее ... Замужество влечет за собой новые сексуальные травмы. Вместо нежного обольщения в первую брачную ночь, увы, столь часто происходит изнасилование, что удивительным кажется лишь то, что подобный опыт не всегда оборачивается душевной болезнью ... Я не думаю, что перегну палку, если скажу, что по большей части тяжелые неврозы, которыми страдают женщины, зачаты на супружеском ложе. ... Возможно, наивные представления наших предшественников, от которых нам досталось в наследство само слово "истерия", были ближе к истине, чем воззрения современных исследователей, готовых выставить сексуальное начало чуть ли не на задворки теории...». Итак, как мы видим, Брейер не отрицает сексуальной этиологии истерии. Впрочем, напомним, что связь

истерии с сексуальностью в XIX веке была общеизвестна. Она достаточно очевидна, например, на сальпетриерских фотографиях. С другой стороны, можно предположить и то, что слова эти пишет как бы не сам Брейер, а загипнотизированный Брейер под диктовку Фрейда. Если верить сообщению Фрейда Флиссу от 8 ноября 1895 года, то между ним и Брейером состоялся следующий разговор: Брейер рассказывает Фрейду о том, что в своей речи перед коллегией врачей он говорил о себе как о новообращенном стороннике сексуальной этиологии неврозов. Фрейд его за это благодарит. Брейер отвечает: «все равно я в нее не верю» [33:155].

Вытесненные сексуальные представления проявляются в переносе, и осмысление этого явления достаточно очевидно связано с разработкой сексуальной этиологии неврозов. В 1914 году Фрейд напишет: «Факт грубо сексуально окрашенного, нежного или враждебного переноса, возникающего при всяком лечении невроза ... казался мне всегда неопровержимым доказательством происхождения влеченческих сил невроза из области сексуальной жизни» [30:149]. Фрейд и Брейер вместе и каждый по-своему осмысляют то, что происходит между доктором и пациентом.

СОВМЕСТНАЯ КНИГА: ВРАЧИ И ПАЦИЕНТКИ

Хорошо известно: не только психотерапевт влияет на пациента, но и пациент на терапевта. Было бы несправедливо говорить о том, что психоанализ создает Зигмунд Фрейд. Нельзя сказать и того, что он создает его вместе с Брейером. Ответственность за выработку тех или иных теоретических положений не в меньшей мере лежит на пациентках. Фрейд отдает себе в этом отчет. Вот пример переадресовки техники в первой же истории болезни: «...зачастую совершенно неожиданно возникают патогенные реминисценции, которые она сама ни с того, ни с сего начинает отвергать. Она словно присвоила себе мой метод и пользуется на вид непринужденной и произвольной беседой как дополнением к гипнозу» .

Один из самых наглядных примеров дает первая же история Эмми фон Н, с которой Фрейд впервые на практике применяет

гипноз. Она ему не раз говорит, многократно повторяет фразу, которую Фрейд называет «защитной риторической формулой» [Schutzformel]: «Не двигайтесь — молчите — не прикасайтесь ко мне!» . И это можно считать психоаналитическим заветом, предписывающим появление психоаналитических отношений. Такая ситуация открывает возможность ассоциаций, проявления бессознательного. В истории Эмми фон Н. Фрейд говорит о «принуждении к ассоциациям», о том, что пациентка не останавливается ни перед чем, дабы установить связь между известными, т. е. принадлежащими сознанию, эпизодами и представлениями, скрытыми от сознания. Уже в этой первой истории мы читаем о фундаментальной для психоанализа идее дискретности сознания и непрерывности бессознательных, т. е. собственно психических процессов.

Текст «Исследований истерии» соткан из перемежающихся соображений докторов и слов пациенток. Пациентки говорят. Это — творческие, образованные, интеллектуальные женщины, никоим образом не предъявляющие приписываемых в те времена истеричкам дегенеративных черт: «Эмми фон Н. ...была одна из замечательнейших женщин, каких мы знали, — чье серьезное и глубоко нравственное отношение к своим обязанностям, чей почти мужской ум и энергичность, чья образованность и любовь к правде внушали нам уважение, тогда как ее искренняя забота обо всех подчиненных, ее душевная кротость и изящные манеры выдавали в ней и достойную уважения даму. Назвать такую женщину "дегенеративной" значит исказить до неузнаваемости значение этого слова. Следует отличать в понятийном отношении людей "предрасположенных" от людей "дегенеративных", иначе придется признать, что львиной долей своих величайших достижений человечество обязано трудам "дегенератов". Признаюсь и в том, что не могу отыскать в истории госпожи Эмми фон Н. и намека на "неполноценную психическую функцию", к которой П. Жане сводит генез истерии. По его мнению, предрасположенность к истерии выражается в ненормальной узости сферы сознания (по причине наследственной дегенерации)» .

8 февраля 1897 году в письме Флиссу Фрейд называет своей наставницей Сесилию М. (Анну фон Либен). Благодаря ей он многое узнал об истерии. Более того, именно эта пациентка первой предоставила Фрейду возможность услышать в действии ме-

ханизм talking cure, именно она, как говорил Фрейд Бриллу, первой продемонстрировала свободные ассоциации, именно она показала, что истерия восстанавливает изначальный смысл слов, что соматические симптомы и галлюцинации — продукты, подобные поэтическим творениям, именно она показала ему, как удобно лежать в шезлонге. Начали же баронесса фон Либен и доктор Фрейд работать вместе в 1887 или 1888 году. Поначалу они попробовали заняться гипнозом, потом вместе отправились в Нанси к Бернгейму. Затем, наконец, оставили и гипноз, и внушение.

Во многом благодаря совместной работе с Сесилией М. Брейер и Фрейд пишут в 1892 году «О психическом механизме истерических феноменов». Напомним, это — единственная совместная часть книги. Напомним галлюцинацию Сесилии М.: Брейер и Фрейд повешены в саду рядом.

Кто же ответственен за психоанализ? Анна О. с talking cure? Люси Р., которую Фрейду не удается загипнотизировать? Неизвестная пациентка «с переносом на Фрейда»? Сесилия М., которую он называет своей учительницей? Элизабет фон Р., благодаря которой Фрейд проводит свой «первый завершенный анализ истерии»? Эмми фон Н., которая говорит о том, как должен проходить анализ? Кто ответственен за психоанализ? Все эти женщины? Все эти истерички?

Напомним, XIX век считается золотым веком истерии. Истерия в конце этого столетия — «классическая модная болезнь прекрасной эпохи». Это и время капиталистического расцвета патриархального режима, в котором истеричка становится воплощением самой женственности, загадки женского. Впрочем, связь истерии с женским известна, по меньшей мере, со времен Гиппократа, а точнее, — связь эта существует столько, сколько существует само понятие «истерия» [hystera — матка]. От этой связи окончательно освобождает истерию Шарко. Он показывает (в том числе и Фрейду), что есть и мужская истерия. Акцент в истерии смещается с матки на мозг и нервную систему. Впрочем, когда Каллен в XVIII в. вводит понятие невроз и относит к нему истерию, уже тогда истерия переходит из анатомической области в область нервных расстройств. Для Шарко истерия — все же органическое расстройство нервной системы с диффузной анатомо-физиологической локализацией. Фрейд окончательно растор-

гает отношения зависимости психического расстройства от анатомического строения. В конце XIX века происходит окончательное расщепление в самом понятии «истерия», в той очевидной связи, которая существовала между этим расстройством и женской анатомией. Поскольку истерия теперь не связана с маткой, с исключительно женским органом, «на первый план выходит дискурсивная связь между истерическими чертами характера и женским» [26:12]. Свой во многом принципиальный для психоанализа вопрос Фрейд сформулирует в 1932 году: «Что хочет женщина?» Вопрос этот станет ключевым и для феминизма, поскольку истерия это всегда уже вопрос сексуальности и власти, пола и конфликта. Другой вопрос, поднятый феминистками в XX веке, связан с идеологическим подавлением и невротическим вытеснением: «Является ли истерия позитивной или негативной реакцией на подавляющие и фрустрирующие социальные реалии? Иначе говоря, истерик — бунтарь или жертва?» [26:51].

Итак, в конце 1890-х гг. Фрейд занимается афазией и истерией, гипнозом и внушением. Он переводит с французского на немецкий труды своих учителей Шарко и Бернгейма. Конверсионная истерия и афазия для него непосредственно представляют проблематику перевода. В первом случае перевод производится между психическим и соматическим. Во втором, — в пределах функций, задействованных в речевом аппарате. Более того, краеугольный камень психоанализа и истерии, вытеснение, пишет Фрейд Флиссу 6 декабря 1896 года, — есть ни что иное, как «неудавшийся перевод» [33:219].

О ПЕРЕВОДЕ: ФРЕЙД И ФРОЙД

Как отмечает Джеймс Стрейчи в своем предисловии к академическому собранию сочинений Фрейда в переводе на английский язык, публикация «Исследований истерии» оказала большее влияние во Франции, Англии и Испании, чем в Австрии и Германии, где медицинские круги встретили публикацию книги весьма прохладно. Второе издание вышло только через десять лет после первого.

В России, как известно, Фрейда начали переводить достаточно рано. Тем более удивительно, что «Исследования истерии» оказа-

лись непереведенными, точнее, переведенными небрежно и фрагментарно в 1990-е гг.: четвертая глава появилась в 1991 году в книге «О клиническом психоанализе» без каких-либо указаний на то, что это за текст, в 1992 году в психиатрическом журнале опубликовали «Случай фрейлейн Элизабет фон Р.», а в 1995 году в книге «Знаменитые случаи из практики психоанализа» — фрагмент истории болезни Катарины под названием «Девушка, которая не могла дышать».

Возникает совершенно понятный вопрос: почему среди множества переведенных работ Фрейда не оказалось «Исследований истерии»? Возможно, именно в силу того, что это совместная работа с Брейером? Возможно, потому что это — «не совсем психоаналитическая книга», книга на пути к психоанализу? Возможно, переводчикам в 1910—1920-е годы хотелось видеть на русском языке более «свежие» труды Фрейда, работать как бы параллельно с ним, не оглядываясь назад? Возможно, их смущал «литературный» характер этой книги? Возможно, русским врачам, которые по большей части и занимались переводом, вопреки тому, что «Исследования истерии» — явно клиническая книга, она, как и многим в Австрии и Германии, показалась слишком литературной?

Одна из сложностей перевода Фрейда связана с тем, что он и ученый, и писатель. Более того, Фрейд, как подчеркивает Фуко, не просто автор той или иной книги, а основатель нового типа дискурса, открывающего бесконечную возможность нового типа текстов [17:31]. Его письмо отличается связыванием литературного дискурса с научным. Именно «Исследования истерии» были восприняты как сборник рассказов. Эпикриз Элизабет фон Р. начинается со слов: «Я не всегда был психотерапевтом, меня приучали к местным диагнозам и электропрогностике, как и других невропатологов, и мне самому странно видеть, что истории болезни, которые я пишу, читаются как новеллы и, так сказать, лишены серьезного отпечатка научности» . Итак, для Фрейда речь идет не просто о соединении научного и литературного дискурса, но об их конфликте. Ничего странного в том, что конфликт этот отражается и в переводе Фрейда на другие языки, в частности, на английский, на котором и появилось его первое академическое издание собрания сочинений в 24 томах (1953—1974).

«Английский Фрейд» в результате работы Стрейчи обретает тот «серьезный отпечаток научности», о нехватке которого сожалеет

сам Фрейд. Не случайно Фрейд в 1920–1930-е годы одобряет перевод, который впоследствии подвергается жесткой критике [см., например, книгу Бруно Беттельхейма, 22]. Критика перевода академического издания и разворачивается в первую очередь вокруг той сциентизации психоаналитического языка, которую предпринимает Стрейчи и которая распространяется в XX в. по всему англоязычному миру и далеко выходит за его пределы. В частности, в сегодняшней России, фундаментальные психоаналитические положения оказываются радикальным образом искаженными во многом из-за влияния англоязычной традиции. Самым ярким примером становится превращение фрейдовского «влечения» [Trieb] в «инстинкт» [instinct], в результате которого повсеместно распространяется приписываемая Фрейду мысль о том, что в человеке живут неискоренимые сексуальные и агрессивные инстинкты. Так, желанный Фрейдом «серьезный отпечаток научности» парадоксальным образом превращает психоанализ в механистическую поп-науку, от которой, начиная с «Исследований истерии», он стремительно удалялся. Парадоксальность языка Фрейда заключается в его сложности, возникающей вопреки его концептуальному аппарату, выстроенному почти исключительно из понятий повседневного, разговорного языка, языка, понятного каждому человеку, каждому пациенту.

Фрейд описывает истории болезней. Эти истории – не перечень симптомов, но именно истории людей, пациенток, героинь. Эти рассказы, как подчеркивает их автор, обладают тем преимуществом, что показывают внутреннюю связь между историей душевных страданий и симптомами болезни. Литературность этих историй усиливается за счет «шифровки» черт реального персонажа. Пациентку не должны узнать. Ей меняют имя, меняют место жительства, какие-то узнаваемые черты, но это «затирание» ограничено, поскольку в противном случае может ничего не остаться от симптоматики, а, стало быть, и от лечения. Фрейд прекрасно понимает эту сложность жанра «истории болезни», о чем свидетельствует примечание, добавленное им практически спустя 30 лет после первой публикации в конце истории Катарины: «Искажений, подобных тому, к которому я прибег в данном случае, вообще не следовало бы допускать в истории болезни. Разумеется, его значение для понимания не столь ничтожно, как, скажем, перенос места действия с одной горы на другую».

Оправдывая переводческую стратегию Джеймса Стрейчи, Майкл Солмз подчеркивает тот факт, что переводчик оказывается перед выбором: сохранять ли ему верность иностранному языку или собственному научному языку? [43]. Стрейчи выбрал последнее, и этот выбор приписывает Фрейда научной традиции XIX века и перечеркивает, таким образом, сам проект психоаналитического концептуального аппарата.

Вопрос традиции собственного языка встает перед нами и совершенно в другом ракурсе: что делать со всеми именами и фамилиями? Дилемма такова: Фрейд против Фройда. Аргументы есть и в пользу привычного Фрейда, и в пользу правильно озвученного Фройда. Мы выбираем Фрейда, поскольку считаем, что нельзя менять лишь одно имя. Тогда нам пришлось бы писать Фройд и Бройер. Нужно было бы быть последовательными до конца и говорить — об еще узнаваемых — Хельмхольтце и Бернхайме, и о мало узнаваемых Хайне и Хегеле. В этом смысле мы придерживаемся позиции Стрейчи. В концептуальных же вопросах перевод с немецкого языка никак не может дать нам ни «эго» с «супер-эго», ни «катексиса» с «парапраксиями», активно вторгшимися в русский психоаналитический жаргон.

В России, как считается, Фрейда начали переводить с 1904 года, когда в свет вышла небольшая работа «О сновидении». В течение XX века было издано множество работ Фрейда на русском языке, и существует подробная библиография этих переводов [8]. Мы не будем сейчас в деталях останавливаться на проблемах этих переводов, поскольку уже этим занимались [9]. Вкратце отметим, что, во-первых, переведены далеко не все работы Фрейда. Среди непереведенных оказались и большие принципиальные работы, такие как «Исследования истерии», «Человек-Крыса», «Случай паранойи Шребера», и множество небольших, но интересных и важных статей. Во-вторых, во многих переводах, в частности, в фундаментальном «Толковании сновидений», текст оказался серьезно купированным. В-третьих, в последние годы несколько переводов было сделано с английского языка, в результате чего вообще совершенно абсурдно приписывать их Фрейду. И, наконец, разные переводчики подходили к работе с различными критериями и использовали совершенно разные слова для перевода одних и тех же психоаналитических понятий. Иначе говоря, воз-

никает вопрос, одно ли и то же «оно», «это» и «ид»; «перенос», «перенесение» и «трансфер»; «смещение», «сдвигание», «перемещение», «передвигание» и т. д. Иногда даже в том, что кажется «мелочью» в разноголосице, слышны принципиальные разногласия: я или эго. Да и могут ли быть в психоанализе «мелочи», особенно когда мы говорим о языке?

Кстати говоря, когда речь идет об инстанции я, мы пишем ее с маленькой буквы курсивом. В немецком языке на субстантивацию местоимения указывает артикль, и в результате das Ich, как и полагается немецкому существительному, пишется с заглавной буквы. В русском же языке нам удается сохранить маленькую букву, избегая, тем самым, превращения одной из инстанций психического аппарата, я, в некую трансцендентную форму, возвышающуюся в тексте.

Итак, даже вкратце говоря об академическом издании Фрейда на английском языке, мы понимаем, что особенно сейчас, в XXI веке, нам стоит объяснить и учесть допущенные промахи. Едва ли нам хотелось бы воспроизвести множество проблем, порожденных академическим английским изданием, в частности сциентизацию Фрейда, в частности то, что язык Стрейчи оказался куда однозначнее языка Фрейда [41:178], и иногда вместо десятка различных понятий с самыми разными оттенками в немецком тексте используется одно [40:196]. Начиная с «Исследований истерии» дискурс Фрейда в большей мере ориентирован на греческую мифологию, классическую и романтическую литературу, чем на научный язык психофизиологии. Более того, Фрейд сам с иронией и подозрением относится к застывшим гигантским теоретическим построениям, напоминающим ему паранойяльные системы.

Так или иначе, несмотря на многообразие существующих переводов и многозначность языка Фрейда, говорящие на русском языке психоаналитики должны понимать друг друга. Сейчас же можно говорить лишь «о «настоящем "смешении языков" в современном русском психоанализе» [13:29]. Понимая, что перевод это всегда лишь приближение к переводимому, переводчик и редакторы старались по возможности приблизиться к немецкому Фрейду и в то же время давать в примечаниях возможные варианты перевода. Мы объединяем усилия переводчиков, психоаналитиков, германистов и специалистов по австрийской культуре конца XIX – начала XX вв., чтобы выработать компромисс меж-

ду унификацией и разночтениями. Избегаем мы стандартизации и в том, что порядок томов важен лишь относительно: при их составлении мы иногда следуем хронологии, иногда — тематике. Удачным нам представляется публикация собрания сочинений Фрейда, предпринятая в 1990-е годы немецким издательством «Фишер», отказавшимся от нумерации томов. Следует упомянуть, что новый «русский Фрейд» не одинок. Недавно были сделаны новые переводы Фрейда на французский, португальский, испанский, словенский языки. Институтом Психоанализа в Лондоне готовится и новое издание английского Фрейда.

Вопросы перевода, его невозможности и неизбежности лежат в основании психоанализа. В статье 1915 года «Бессознательное» Фрейд пишет о возможности перевода, а, значит, и возможности психоанализа, несмотря на то, что переведенное (осознанное) никогда не равно переводимому (бессознательному). Достаточно напомнить и о том, что психоанализ — анализ слов, talking cure. Для Фрейда слово симптоматично, и оно — средство избывания симптома. Симптом имеет смысл, и смысл этот должен быть вербализован.

ИСТЕРИЯ И ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВОСПОМИНАНИЯ

Симптом имеет смысл — таково принципиальное положение «Исследований истерии». Симптом — форма выражения психической травмы. Симптом берет начало в вытесненном, симптом — признак, представление вытесненного. В свое время Шарко показывает Фрейду: истерия заслуживает научного изучения, и ее симптомам можно дать психологическое объяснение; в основе истерии лежит не физическая, а психологическая травма. Фрейд выделяет именно эту сторону этиологии истерии Шарко, все меньше уделяя внимание идеям дурной наследственной предрасположенности и травматического шока нервной системы, которые были также важны для «Наполеона неврозов». Фрейд сводит наследственный фактор к невропатической предрасположенности, для развития же болезни важен внутренний психологический конфликт. Этот конфликт перемещается им в область невспоминаемых

воспоминаний, связанных с историей развития сексуальности. Если немецкая школа психиатрии, из которой вышел Фрейд, утверждает, что причина истерических симптомов — органическое, функциональное поражение, если Шарко говорит уже о психологической травме, то Фрейд идет еще дальше и ставит в центр этиологии память. Основополагающая формула «Исследований истерии»: «истерики страдают по большей части от воспоминаний». Результат конфликта памяти — симптом.

«Исследования истерии» открываются вопросом о детерминирования симптома. Во-первых, речь идет об установлении причинно-следственных связей: что вызывает симптом? Причем этот вопрос ставит перед собой еще один вопрос: как узнать, что вызывает симптом. Обстоятельный опрос пациентов ничего не дает. Сами они об этом не догадываются. Здесь-то и возникает важный для рождения психоанализа вопрос: почему они не догадываются? — «отчасти из-за того, что речь нередко идет о переживаниях, обсуждать которые пациентам неприятно, но главным образом оттого, что они, действительно, об этом не помнят». Однако то, что они «действительно не помнят», не означает отсутствие этих воспоминаний. Симптом сам по себе уже памятка, напоминание и указание как на забвение, так и на возможность вспомнить.

Во-вторых, речь идет о выборе симптома. Иногда связь между причиной и следствием ясна. Иногда между ними нет никакого очевидного соответствия, лишь «символическая взаимосвязь». Травма не вспоминается, но при этом остается активной, подобно поселившемуся в психике чужому: «Психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь еще долго остается ныне действующим фактором...». Выбор симптома одновременно предопределен и произволен. Произволен потому, что одна и та же травма не только могла бы привести и к другому симптому, но и потому, что снятие симптома под гипнозом приводит к возникновению другого симптома.

Детерминирование симптома Фрейд подробно изучает вместе с Элизабет фон Р. и описывает его в ее эпикризе. Сначала у пациентки портится настроение, что она объясняет разными только что случившимися обыденными событиями; затем у нее появляются истерические симптомы — «галлюцинации, боли, судороги,

продолжительный громкий бред, и, наконец, вслед за ними в виде галлюцинации воскрешалось событие прошлого, которое могло послужить объяснением первоначального настроения и детерминировать соответствующие симптомы». Обратим внимание на то, что детерминированность появляется всегда уже после симптомов, причина после следствия. Причем именно это обнаружение причины производит терапевтический эффект. «После того, как разыгрывалась заключительная сцена припадка, — продолжает Фрейд, — все снова прояснялось, недомогание исчезало, как по волшебству, и она опять чувствовала себя прекрасно — до следующего припадка, спустя полдня. Обычно за мной посылали, когда припадок был в самом разгаре, и я при помощи гипноза провоцировал воспроизведение травматического события и искусственным образом приближал окончание припадка. Пройдя с пациенткой несколько сотен таких циклов, я узнал много нового о детерминировании истерических симптомов».

Более того, Фрейд уже в «Исследованиях истерии» говорит не о детерминировании, т. е. не об однозначном отношении «травма — симптом», «причина — следствие», а о множествен-ной детерминированности, которую он сам называет сверхдетерминированностью. Эта сверхдетерминированность [Überdeterminierung] — «главное свойство этиологии неврозов, ему известно, что возникновение их чаще всего сверхдетерминировано, что для этого должны совпасть многие факторы и обстоятельства». Принципиальное для понимания психических феноменов представление о сверхдетерминированности рождается в «Исследованиях истерии» благодаря сгущению двух понятий: многократно детерминирован [mehrfach determiniert] и сверхобусловлен [überbestimmt]. Представление о неисчерпаемой сверхдетерминированности возникает у Фрейда уже в связи с самой первой историей болезни в книге. В одном из примечаний к истории Эмми фон Н. он пишет: «я уяснил, что даже самого подробного изложения недостаточно для детерминирования истерических симптомов, и приписать им слишком много смысла совсем не просто» . Сверхдетерминированность вводит принцип неисчерпаемости психоаналитического толкования, который будет подробно описан в «Толковании сновидений».

Вернемся к словам Фрейда «сами эти воспоминания соответствуют травмам, которые не были в должной мере "отреагированы"». Почему, задается он вопросом, не были эти воспоминания

в должной мере отреагированы? Во-первых, возможно, не было условий для отреагирования. Например, травма была слишком сильной, или ее не позволяли отреагировать социальные обстоятельства. Во-вторых, из-за состояния пациента. Например, он парализован страхом. Чаще всего, пишет Фрейд, действуют оба фактора, эндогенный и экзогенный. В итоге «представления, ставшие патогенными, сохраняют первозданную свежесть и силу аффекта потому, что не могут пойти на убыль за счет отреагирования и воспроизведения в том состоянии, при котором ассоциации ничем не стеснены». Травматизация зависит не только от самих событий, не только от факторов и обстоятельств, но от количественных показателей отреагирования: «Все зависит от квантитативного момента, а точнее говоря, от того, сколько подобного аффектного напряжения может выдержать определенная организация». Этот момент и задает отреагированию необходимую «должную меру».

Почему все-таки необходима катартическая разрядка аффекта? Почему вопрос заключается не столько в качественных особенностях эндогенных и экзогенных факторов, а в количественных параметрах? Один из принципов, на котором Фрейд основывает деятельность психического аппарата, остается за кадром этой книги. Речь идет о принципе постоянства, который в свою очередь дает начало фундаментальному для психоанализа принципу удовольствия. Впрочем, принцип постоянства упоминается в книге Брейером, который приписывает его Фрейду. И действительно Фрейд говорит о нем в своих письмах Флиссу (рукопись D, 1894), а также в «Наброске научной психологии», написанном спустя несколько месяцев после «Исследований истерии». Фрейд извлекает принцип постоянства из психофизиологии Фехнера. Этот принцип нацелен на устранение травматических переживаний, выводящих психический аппарат из равновесия. Возбуждение должно быть погашено. Сексуальная этиология истерии действует теперь как этиология страха. Сексуальное возбуждение превращается в энергию страха. Показательной в этом отношении является история болезни Катарины (Аурелии Кроних), которую Фрейд встречает в августе 1893 года, будучи на отдыхе в Альпах.

В истории болезни Катарины появляется двухступенчатая, а точнее — многоступенчатая модель травматизации. Фрейд обнаруживает в истории Катарины две травматогенные сцены: в пер-

вой ее пытается соблазнить отец, во второй она наблюдает, как отец соблазнил кузину. Симптом — удушье — появляется после второй сцены, которая и оказывается по сути дела травматичной. Однако является ли она сама по себе таковой? — Разумеется, нет. Не приводит к травме сама по себе и первая сцена. Только вторая сцена превращает задним числом первую в травматичную. Более того, подразумевается, что первая сцена — далеко не первая: «в ходе анализа любого случая истерии, в основе которой лежит сексуальная травма, обнаруживаются впечатления предсексуальной поры, никак не повлиявшие на ребенка, а затем, уже будучи воспоминаниями, обретшие силу травматического воздействия, когда девушка или женщина впервые узнала о том, что такое половая жизнь». Здесь, в регрессии к архе-травматическим эпизодам истории Фрейд доходит до той ранней ступени психо-сексуального развития, когда виртуальная, будущая травма случается прежде, чем дитя обрело способность говорить, прежде чем, скажет Лакан, оно погрузилось в символическое пространство; именно по этой причине архе-травма не интегрирована в пространство речи, а запечатлена в бессознательном как предметное представление. Эта архе-травма телесна в том смысле, что она асимволична.

В связи с такой многоступенчатой моделью Фрейд переворачивает обыденное представление о линейном течении времени. Сами понятия причины и следствия меняются местами. Само представление о травматичном эпизоде переворачивается. Возникает одно из ключевых понятий фрейдовской метапсихологии — последействие [Nachträglichkeit]. Вот как работает последействие в случае с Элизабет фон Р.: «боли, будучи результатом конверсии, возникли не в течение первого периода, когда пациентка переживала все это в действительности, а задним числом [nachtraeglich], то есть в течение второго периода, когда в памяти пациентки воспроизводились полученные тогда впечатления. Конверсия произошла не сразу после того, как впечатления были получены, а в тот период, когда она вспоминала о них». Конверсия, превращение в симптом происходит в силу бессознательного воспоминания, впоследствии.

Парадокс времени далеко не единственный в психоанализе. Другим, связанным с травматизацией и ее последействиями парадоксом становится парадокс боли и удовольствия. Здесь мы вновь

вспоминаем о фотографиях с изображением оргиастических страданий истеричных больных Шарко. Боль может превращаться в удовольствие, боль может его доставлять. Фрейд обращает внимание на то, что при пальпировании, пощипывании болезненных участков тела Элизабет фон Р. «на ее лице появлялось странное выражение, словно она испытывала скорее наслаждение, чем боль... лицо ее краснело, она откидывала голову, закрывала глаза, тело ее выгибалось назад... болезнь эта была истерией, а раздражению подвергалась истерическая зона». Истерогенная зона — по сути дела зона эрогенная. «Выражение ее лица передавало скорее не ту боль, что должно было вызывать пощипывание мышц и кожи, а сущность мыслей, сокрытых за этой болью». Так, восприятие зависит не от воздействия, а от связи его со скрытыми мыслями. Так, восприятие второй сцены в истории Катарины оказалось травматогенным в силу бессознательного осмысления первой сцены: «отец делает сейчас с кузиной то, что хотел тогда сделать со мной».

Наконец, мы сталкиваемся и с еще одним парадоксом: истерический припадок — не только симптом, свидетельствующий о травме, но и воспроизведение, повторение самой этой травмы: «...если припадок повторяется, значит, он несет в себе воспоминание, его повторение». Иначе говоря, истерический припадок — особая форма воспоминания, особая форма перевода выражения: «Припадок возникает произвольно, как возникают у нас обыкновенно воспоминания, хотя его можно и спровоцировать так же, как и воскресить любое воспоминание, следуя принципам ассоциации». Изначальная травма — уже воспроизведение, уже повторение.

ТЕРАПИЯ: ВСПОМНИТЬ ВСЕ

Если травма лежит в памяти, то и терапия должна быть обращена к ней. Здесь мы и видим рождение психоаналитической техники: «Моя терапия заключается в том, чтобы изгладить из ее памяти эти образы, дабы они не являлись ей снова. Для того, чтобы усилить внушение, я несколько раз провожу рукой по ее векам». Фрейд сочетает в этом первом своем случае аналитическое понимание причины расстройства (патогенные воспоминания) и доа-

налитическую технику. Память указывает Фрейду путь: «Моя терапия продвигалась тем же путем, что и деятельность ее памяти» . Фрейд и Брейер с изумлением отмечают, что отдельные истерические симптомы исчезают раз и навсегда, когда удается воскресить в памяти событие, которое привело к их возникновению. По мере того, как пациентка подробно описывает травматичное событие, обнаруживается и сопровождавший это событие аффект. Главное, подчеркивает Фрейд, не просто катартически отреагировать аффект, но высказать его, выразить его в словах. «Воспоминания, лишенные аффекта, почти всегда совершенно бесполезны; психический процесс, который развивался первоначально, нужно воспроизвести как можно ярче, довести до statum nascendi и затем "выговорить"».

В этой же первой истории болезни Фрейд уже начинает различать «королевский путь к пониманию бессознательного», тот путь, который станет очевидным в истории болезни Доры (1900), — путь сновидения как особой формы воспоминания. Более того, Фрейд пытается не только найти скрытый смысл сновидений пациенток (Эмми фон Н.), но уже и своих собственных: «В течение первой четверти часа после пробуждения я помнил все сновидения этой ночи и старался их записать и разгадать». Анализируя пациенток, Фрейд приходит к необходимости самоанализа.

Итак, если травма запечатлена в психике, в памяти, то необходимо ее вспомнить, вспомнить все, не прибегая к гипнозу. Одним из самых сложных вопросов психоанализа с этого времени становится вопрос о, можно сказать, остаточном гипнозе, о внушении: насколько воспоминания являются аутентичными, насколько они не оказываются результатом предвкушения и теоретизирования терапевта. Вопрос о внушении в «Исследованиях истерии» возникает неизбежно. Фрейд не ушел окончательно не только от Сальпетриерской школы Шарко, но и от Нансийской школы Льебо и Бернгейма. В известной мере школа в Нанси — это еще один шаг от Шарко к психоанализу, поскольку особый интерес этой школы — отношения между гипнотизером и гипнотизируемым, влияние гипнотизера в акте внушения. Льебо в свое время приходит к выводу, что гипнотизирующим фактором является не физическое воздействие, а психологический процесс, идея, словесное внушение. Название его

книги, вышедшей в 1866 году, говорит само за себя: «О сне и аналогичных состояниях, рассматриваемых преимущественно с точки зрения воздействия психики на тело». Внушаемость для Бернгейма — это способность превращать мысль в действие. Внушение рассматривается представителями школы в Нанси как универсальное состояние. Доверчивость, готовность человека поверить лежит для Бернгейма в основе внушения. По мысли Бернгейма, не было бы ни образования, ни традиции, ни истории, ни социального контракта, т. е. не было бы человеческой культуры как таковой без веры и внушения. Если для Шарко истерия эротична сама по себе, то для Бернгейма эротика проявляется в отношениях между доктором и пациентом.

Уже исходя из взглядов Бернгейма, возникает вопрос о возможности отношений между доктором и пациентом вне веры, без внушения. В дальнейшем этот вопрос формулируется следующим образом: а не является ли аналитическая терапия результатом внушения? [24]. Фрейд как будто предвидит этот вопрос и пишет о самовнушении в «досуггестивные времена»: «Казалось бы, речь тут идет о непреднамеренном внушении; пациент ожидает, что с помощью такой процедуры его избавят от недуга, и это ожидание, а не само выговаривание, является действующим фактором. Но все обстоит не так: впервые это было замечено в 1881 году, то есть в "досуггестивные" времена, благодаря спонтанному самогипнозу пациентки, и премного удивило самого исследователя, проводившего таким же образом анализ весьма запутанного случая истерии, при котором были по отдельности устранены симптомы, обусловленные отдельными причинами» [3]. Фрейд сам под внушением, он зачарован происходящим с пациентками: «...гипноз вскоре перестал приносить результаты и использовался мною по большей части для того, чтобы давать ей наставления, которые надежно сохранялись у нее в памяти и призваны были помочь ей впредь по возвращении домой не впадать снова в такое же состояние. Тогда я был буквально околдован [unter dem Banne] книгой Бернгейма о внушении и ожидал от поучений большего, чем ныне».

Для Фрейда действенным оказывается не просто внушение, но вновь обретенное знание. Он одержим духом познания, духом Просвещения: знание — сила. Болезнь — сопротивление знанию и защита от него, от этого патогенного воспоминания.

БОЛЕЗНЬ – ЗАЩИТА

Так Фрейдом пересматриваются не только отношения доктора и пациента, не только сами фигуры «доктора» и «пациента» и их позиции, не только характер терапии, но и понимание болезни. Болезнь — не то, с чем человек борется, а то, что его защищает.

Если до Фрейда считалось, что психическое заболевание обусловлено силой неблагоприятных наследственных факторов или суммой индивидуальных психических аномалий, то для Фрейда психическое расстройство — это защита, способ разрешения конфликта, выработанный в борьбе компромисс. В истории болезни Люси Р., говоря об отсутствии каких-либо указаний на неблагоприятную наследственность, или на индивидуальные аномалии, Фрейд отмечает, что «первостепенное значение имеет характер травмы, разумеется, в совокупности с реакцией человека на эту травму». В основе травматизации лежит конфликт представлений, несовместимость [Unverträglichkeit] каких-то представлений с сознанием человека. Этот конфликт разрешается в болезни, которая оказывается средством защиты от конфликта. Так, например, «истерический способ защиты ... заключается в конверсии возбуждения в соматическую иннервацию, а извлекаемая из этого польза состоит в том, что непереносимое представление вытесняется из сознательного я. Вместо этого в сознательном я остается возникшая из-за конверсии телесная реминисценция...». Память тела — свидетельство защиты. Болезнь как защита превращается в неотъемлемую составляющую человека. Он не хочет и не может расстаться с защитой. Он оказывает отчаянное сопротивление терапевту, пытающемуся его «вылечить», т. е. по сути дела упразднить компромисс, позволяющий защититься от непереносимого конфликта. Сопротивление действует в интересах защиты, препятствующей интрапсихическому переводу между представлениями: «истерические боли появились одновременно с образованием обособленной психической группы; во-вторых, пациентка изо всех сил сопротивлялась попыткам установления связи между обособленной психической группой и прочим содержанием сознания, а когда они все-таки объединились, она ощутила острую душевную боль. Согласно нашей трактовке истерии, оба этих обстоятельства можно рассматривать в связи с расщеплением со-

знания и утверждать, что в первом случае имеется указание на мотив расщепления сознания, а во втором случае — на его механизм. Мотивом послужила защита, неприятие всем существом этой группы представлений; действовал при этом механизм конверсии, то есть вместо сдерживаемой душевной боли появилась боль физическая, произошло превращение, выигрыш от которого заключался в том, что пациентка избежала невыносимого психического состояния, хотя и ценой психической аномалии, допустив расщепление сознания, и физических страданий...». Это сопротивление принимает форму сопротивления ассоциации, сопротивления воспоминанию. Этому сопротивлению Фрейд в работе с Элизабет фон Р. и начинает придавать первостепенное значение.

То, что противодействует анализу, Фрейд ставит анализу на службу. Работа с сопротивлением постепенно становится одним из ключевых технических приемов работы с пациентами. Работа аналитика заключается в содействии преодолению той психической силы, которая противится переводу патогенных воспоминаний в обычные. Эта сила — та же, понимает Фрейд, что содействовала когда-то возникновению истерических симптомов. Это — вытесняющая сила. Это — защищающая сила. Защита оказывается действенной, когда неприемлемое представление вытесняется за пределы сознания так, что, кажется, в памяти о нем не сохранилось и следа. «И все же, пишет Фрейд, — оно должно было оставить след. Когда я старался привлечь к нему внимание, мне противодействовала та самая сила сопротивления, которая в момент возникновения симптома действовала в форме отторжения»
.

По мере преодоления сопротивления пациент задним числом узнает о причинах сопротивления. Причем существуют определенные различия между устранением сопротивления воспроизведению зрительных образов и мыслей. Образы возвращаются легче, сопротивление их возвращению не столь сильно, как сопротивление воспроизведению мыслей. Потому Фрейду легче работать с истеричными больными с их галлюцинациями, чем с пациентами с навязчивыми представлениями. Кроме того, мысли и образы, разумеется, взаимосвязаны: по мере облечения в слова образ тает, «пациент словно рассеивает его, облекая в слова». Слово наделено определенной магией, оно способно рассеивать

образ, стирать психические следы патогенной сцены: стоит пациенту сообщить Фрейду что-то важное по поводу образа, «как образ исчезнет словно призрак, который, отмучившись, обретает, наконец, вечный покой». Образ переводится в слова и растворяется в переводе. Патогенное воспоминание отступает вместе с симптомом. Этот перевод, напомним, Анна О. назвала — не на своем родном языке, а в переводе на английский — talking cure.

СИСТЕМА ПЕРЕВОДА. БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ ГОВОРИТ!

Конверсионная истерия становится для Фрейда образцом перевода: конверсия — перевод. Причем перевод этот не аллегорический или символический, а буквальный, что оказывается предельно важным для оснований психоанализа. Говоря о симптоматике Элизабет фон Р., он пишет о буквальном переводе на язык органов: «индивидуального и произвольного в том, что истеричка находит соматическую форму выражения эмоционально окрашенного представления, меньше, чем может показаться. Когда она буквально воспринимает какое-нибудь выражение и принимает «укол в сердце» или полученную из-за оскорбительного замечания «пощечину» за подлинные события, она не утрирует, а лишь вдыхает новую жизнь в ощущения, на которых зиждятся расхожие выражения. Отчего бы нам вздумалось говорить, что от обиды может «кольнуть сердце», если бы обида, и впрямь, не сопровождалась похожими ощущениями в области сердца и не была бы именно этим примечательна? Почему бы не предположить, что выражение «проглотить обиду», то есть смолчать в ответ на оскорбление, не навеяно подлинными ощущениями, связанными с иннервацией, которые возникают в глотке в тот момент, когда теряешь дар речи и не можешь ответить на оскорбление?»

Можно было бы предположить, что речь идет здесь о переводе как метафоре, однако гипотеза Фрейда состоит в регрессии к гипотетическому буквальному значению: возможно, «обостренная иннервация при истерии заставляет возвращать словам их первоначальное значение. Возможно, даже неверно говорить, что истерия создает эти ощущения за счет символизации; быть может,

истерия не берет за образец злоупотребление, а черпает вместе с ним из общего источника» Таким образом, метафорический и истерический перевод — различные, но родственные формы злоупотребления.

В примечании, завершающем «практическую» часть книги, Фрейд развивает эту мысль в связи с эпизодом из истории болезни Сесилии М.: «Одно время все мысли фрау Сесилии М. превращались в галлюцинации, для разгадывания которых зачастую требовалось недюжинное остроумие. Она жаловалась мне на то, что ей докучает одна галлюцинация, ей кажется, будто бы обоих ее врачей — Брейера и меня — повесили в саду на двух соседних деревьях. Галлюцинация исчезла после того, как в ходе анализа раскрылась следующая история: накануне вечером Брейер отклонил ее просьбу выдать ей одно лекарство, и тогда она понадеялась на меня, но я оказался столь же неуступчивым. Она рассердилась на нас и в сердцах подумала: один другого стоит, один к другому довесок!» Галлюцинация переводит «один другого стоит», «два сапога — пара» в буквальное значение французского pendant — довесок. Галлюцинация растворяется в переводе.

Пациентки говорят, но не знают, что говорят, или даже, — не знают, кто говорит.

РАСЩЕПЛЕННЫЙ СУБЪЕКТ

Итак, субъект чего-то о себе не знает, но это что-то говорит о нем! Субъект расщеплен на то, что он знает, и то, что знает о нем. Причем то, что он о себе не знает, говорит. Именно так, напомним, звучит основное правило психоанализа: говорить все, что приходит в голову. Фрейд и называет эту неведомую область вытесненных представлений бессознательным. Противоречащее сознанию представление «не уничтожается, а попросту вытесняется в бессознательное; если этот процесс происходит впервые, то в результате возникает ядро и центр кристаллизации отделенных от я психических групп, вокруг которого в дальнейшем концентрируется все то, что можно было бы принять лишь ценой примирения с противоречащим представлением. Таким образом, расщепление сознания в случае благоприобретенной истерии является желанным, намеренным, зачастую его, по меньшей мере,

предваряет произвольный акт. Однако в результате происходит не совсем то, на что рассчитывал индивид; ему хотелось, чтобы представление исчезло, словно его никогда и не было, а добивается он лишь его психической изоляции». Истерик, точнее истеричка становится образцом субъекта, субъекта всегда уже расщепленного. Классическая парадигма целостного субъекта завершается вместе с исследованиями истерии, вместе с рождением психоанализа. Психика расщепляется, она дифференцируется, она не может быть однородной. Об этом свидетельствует парадокс знания и не знания:

« — Но если вы знали, что влюблены в директора, почему вы мне об этом не сказали?

— Я же об этом не знала или, лучше сказать, знать об этом не хотела, старалась выкинуть это из головы, больше об этом не думать, и, кажется, в последнее время мне это и удалось».

Комментируя в примечании этот диалог, Фрейд отдает должное словам пациентки: «я бы никогда не смог иначе и лучше описать своеобразное состояние, при котором человек разом что-то знает и не знает».

Двусмысленность «знания» связана с разрывами в ассоциативных цепях, с невозможностью свободного смещения энергии от одной группы представлений к другой. Разрывы в движениях мысли обусловливают парадокс знания. В эпикризе Элизабет фон Р. Фрейд отмечает: «Она пребывала в своеобразном состоянии, при котором разом ведала и не ведала об этой симпатии, в состоянии, возникающем при наличии отделенной психической группы. Только это я и имею в виду, когда утверждаю, что «сознательно» она не отдавала себе отчет в данной симпатии, я не веду речь о том, что она сознавала это хуже или слабее, а подразумеваю под этим разрыв свободной ассоциативной мыслительной связи [eine Abtrennung vom freien assoziativen Denkverkehre] с содержанием прочих представлений». Фрейд говорит здесь не просто о разрыве связи, но о прекращении движения, свободного смещения мыслей.

В «Исследованиях истерии» Фрейд порой отдает должное своим учителям и говорит не о расщеплении по линии сознание/бессознательное, но о расщеплении сознания, о двойном сознании. Сознание в этом случае тождественно психике. В дальней-

шем такого тождества мы уже не увидим. Задача сознания Фрейда — познание, осознание тех областей психического, которые сознанию непосредственно недоступны.

Познание самого себя становится одной из основных интенций проекта Фрейда. Цель терапии заключается в самопознании, ведущем к избавлению от симптомов: «добиться наивысших достижений в процессе воспроизведения, выявить мысли, которые пациент никогда не признает своими, о которых он не помнит ... со временем убеждаешься в том, что именно благодаря обнаружению этих представлений завершается анализ и исчезают симптомы». Последними словами книги «Исследование истерии» становятся: «все изменится к лучшему, если мы сумеем превратить ваши истерические беды в обычное несчастье. С ним вам будет легче справиться, когда вы поправите свое душевное здоровье».

В. Мазин

ЛИТЕРАТУРА

1. Автономова Н. *От переводчика* //Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. М.: Высшая Школа, 1996. — Сс.5-20.

2. Аристотель. *Поэтика.* М.: Художественная литература, 1957.

3. Грин А. *Истерия* //Энциклопедия глубинной психологии. Т.I. М.: ЗАО МГМ, 1998. — Сс.628-652.

4. Джонс Э. *Жизнь и творения Зигмунда Фрейда.* М.: Гуманитарий, 1997.

5. Каннабих Ю. *История психиатрии.* М.: ЦТР МГП ВОС, 1994

6. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. *Словарь по психоанализу.* М.: Высшая Школа, 1996.

7. Лакан Ж. *Семинары, книга I: Работы Фрейда по технике психоанализа* (1953/54). М.: Гнозис, 1998.

8. Лейбин В., Овчаренко В. *Психоаналитическая литература в России.* М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 1998.

9. Мазин В. *Переводы Фрейда* //Психоаналитический вестник, №1, 1999. — Сс.187-201.

10. Марсон П. *Исследования по истерии* //25 ключевых книг по психоанализу. Урал LTD, 1999. — Сс.11-24.

11. Молнар М. *Перевод и толкование* //Кабинет: Картины мира II. СПб.: Скифия, 2001. — Сс.215-231.

12. Решетников М. *Психоанализ в России* //Ключевые понятия психоанализа. Под ред. В. Мертенса. СПб.: Б&К, 2001. — Сс.297-311.

13. Романов И. *От редактора* //Развитие в психоанализе. М.: Академический Проект. — Сс.28-34.

14. Фрейд З. *О психотерапии истерии* //Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. М.: Медицина, 1991. — Сс. 39-90.

15. Фрейд З. *Девушка, которая не могла дышать* //Знаменитые случаи из практики психоанализа. М.: REFL-book, 1995.— Сс. 13-25.

16. Фрейд З. *Случай фрейлейн Элизабет фон Р.* //МПЖ, 1992, №1,2.

17. Фуко М. *Что такое автор?* (1969)//Мишель Фуко. Воля к истине. М., Касталь, 1996. — Сс. 7-46.

18. Шерток Л., Соссюр Р. *Рождение психоаналитика*. От Месмера до Фрейда. М.: Прогресс, 1991.

19. Элленбергер Г. *Открытие бессознательного*. СПб.: Академический проект, 2001.

20. Anzieu D. *L'auto-analyse de Freud*. P.: PUF, 1959.

21. Appignanesi L., Forrester J. *Freud's Women*. L.: Penguin Books, 2000.

22. Bettelheim B. *Freud and Man's Soul*. N.Y.: Vintage Books, 1982

23. Bollas C. *Hysteria*. L., N.Y.: Routledge, 1999.

24. Borch-Jacobsen M. *Anna O.: The First Tall Tale*//Unauthorized Freud: doubters confront a legend/ed. by F.Crews. N.Y.: Penguin Books, 1998.

25. Borch-Jacobsen M. *Remembering Anna O*. N.Y., L.: Routledge, 1996.

26. Borossa J. *Hysteria*. In *Ideas in Psychoanalysis*. Cambridge, Icon Books, 2001.

27. Forrester J. *The Seductions of Psychoanalysis*. Freud, Lacan, and Derrida. Cambridge University Press, 1990.

28. Freud S. *Studien uber Hysterie* (1895). Frankfurt am Main: S.Fischer Verlag, 1991.

29. Freud S. *Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen* (1909). //S. Freud. Abriss der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer, 1997

30. Freud S. *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* (1914)//S.Freud. Selbstdarstellung. Frankfurt am Main: Fischer, 1993

31. Freud S. *Selbstdarstellung* (1925)//S.Freud. Selbstdarstellung. Frankfurt am Main: Fischer, 1993.—Ss.37-96.

32. Freud S. *Letters of Sigmund Freud*. Selected and edited by Ernst L. Freud. N.Y.: Basic Books, 1960.

33. Freud S. *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*. Frankfurt am Main: S.Fischer Verlag, 1986.

34. Gay P. Freud. *A Life for Our Time*. N.Y., L.: W. W. Norton&Company, 1988

35. Grubrich-Simitis I. E*arly Freud and Late Freud: Reading Anew Studies on Hysteria and Moses and Monotheism*. London and New York, Routledge, 1997

36. Junker H. *On the Difficulties of Retranslating Freud into English* //Freud in Exile /Ed. by E. Timms and N. Segal. New Haven, London: Yale University Press, 1988. — Pp.215-219.

37. Mahony P. Psychoanalysis and Discourse. L., N.Y.: Tavistock Publications, 1987.

38. Mitchell J. *Introduction I* //Feminine Sexuality /Ed. by Juliet Mitchell and Jacqueline Rose. N.Y., L.: W.W.Norton& co., 1982. — Pp. 1-26.

39. Mentzos S. *Einleitung* //Freud S. Studien über Hysterie. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1991. — Ss. 7-20.

40. Ornston D.G. *How Standard is the "Standard Edition"*//Freud in Exile/Ed. by E. Timms and N. Segal. New Haven, London: Yale University Press, 1988. — Pp.196-209.

41. Pines M. *The question of Revising the Standard Editio*n//Freud in Exile/Ed. by E. Timms and N. Segal. New Haven, London: Yale University Press, 1988. — Pp. 177-180.

42. Reik T. Freud. *Dictionary of psychoanalysis.* Greenwich: A Fawcett Premier Book.

43. Solms M. *Controversies in Freud Translation*//Psychoanalysis and History, Vol.1, No.1, 1998.—Pp.28-43.

44. Steiner R. *Notes on the Term "Standard" in the First Translations of Freud*//Freud in Exile/ Ed. by E. Timms and N. Segal. New Haven, London: Yale University Press, 1988. — Pp.181-195.

45. Strachey J. *Editor's Introduction*//Freud S., Breuer J. *Studies on Hysteria.* L., N.Y.: The Pelican Freud Library, Vol.3, 1974. — Pp.31-45.

46. Sulloway F. *Freud, biologist of the mind: beyond the psychoanalytic legend.* Cambridge, L.: Harvard University Press, 1992.

47. Veith I. *Hysteria. The History of a Disease.* Chicago: The University of Chicago Press, 1965.

ОТ ПЕРЕВОДЧИКА

Зарождение замысла «Исследований истерии» связано с историей Анны О., пациентки венского врача и ученого Йозефа Брейера (1842-1925), с которым Зигмунд Фрейд познакомился в физиологической лаборатории профессора Брюкке. Брейер был медиком, учеником клинициста Иоганна Оппольцера, в молодости под началом Эвальда Геринга изучал физиологию дыхательных процессов, а позднее провел ряд успешных экспериментов по исследованию функции вестибулярного аппарата у животных. С 1875 по 1885 гг. Брейер был доцентом Венского университета и в 1894 году по ходатайству Эрнста Маха, Геринга и Зигмунда Экснера был избран действительным членом австрийской Академии Наук. Наряду с научной деятельностью, с 1874 года Брейер занимался частной врачебной практикой и, будучи домашним врачом многих состоятельных семейств и знаменитостей, имел в Вене обширные связи и пользовался большим уважением среди коллег и клиентов. Вспоминая в «Автопортрете» (1925) о знакомстве с Брейером, Фрейд писал: «Этот человек был на четырнадцать лет старше меня и был необыкновенно умен. Мы очень быстро сблизились, он стал моим другом и помогал мне справляться с тяготами жизни». Несмотря на то, что Фрейд в те годы занимался преимущественно анатомией, история Анны О., которую он услышал от Брейера в ноябре 1882 года, спустя четыре месяца после завершения лечения, произвела на него столь сильное впечатление, что три года спустя, во время стажировки в парижской клинике Сальпетриер, он сообщил об этом необыкновенном случае знаменитому французскому неврологу Шарко. Впоследствии сам Фрейд писал об этой беседе: «Однако мои намеки нисколько не заинтересовали мэтра, поэтому я больше не возвращался к этому разговору и не проронил об этом ни слова» (Freud, 1925d). Так что, «метод, примененный Брейером в его знаменитом "первом случае", неописуемая забота и терпение, с которыми он следовал неожиданно открытой им технике до тех пор, пока пациентка не избавилась от всех своих необъяснимых симптомов, достигнутое им благодаря этому понимание сущности психического механизма невроза, — обо всем этом мир узнал лишь четырнадцать лет спустя, после того, как мы опубликовали совместную работу "Исследования истерии"

(З.Фрейд. Йозеф Брейер. Психоаналитический вестник № 2 (8), 1999).

После того, как Фрейд завершил стажировку в Париже и вернулся в 1886 году в Вену, Брейер оказывал покровительство своему молодому коллеге и часто рекомендовал его состоятельным пациентам, многие из которых страдали истерией. По всей видимости, композиция совместной книги складывалась у Фрейда постепенно, начиная с июня 1892 года, когда он приступил к работе над «Предуведомлением». Поначалу «Предуведомление» задумывалось как отдельная статья, затем приобрело вид своеобразного журнального анонса, подготавливающего читателей к выходу «Исследований истерии», и лишь став прологом к книге, было возведено в ранг развернутого тезиса, который должны были подкрепить пять отдельных историй болезни, открывавшихся отчетом о лечении Анны О., подготовленным Брейером. Все пациентки фигурировали в историях болезни под псевдонимами по соображениям врачебной этики. Материал для историй болезни, составленных Фрейдом, был собран за восемь лет частной практики. Основу его составили истории болезни Эмми фон Н. (пациентки Фрейда с 1888 или 1889 по 1889 или 1890 г.), Люси Р. (пациентка Фрейда с конца 1892 г.), Катарины (пациентки Фрейда в 1893 г.) и Элизабет фон Р. (пациентки Фрейда с осени 1892 г.), дополненные примерами из других историй болезни, не оформленных в виде отдельных глав, среди которых особое положение занимает история Сесилии М. (пациентки Фрейда с 1887 г.).

Работа над «Предуведомлением» продолжалась с июня по декабрь 1892 года. В письме Вильгельму Флиссу, датированном 28 июня 1892 г., Фрейд сообщает: «Брейер выразил готовность осуществить совместную публикацию и в полном виде представить теорию отреагирования и другие наши общие соображения об истерии», и добавляет: «Та часть, которую я планировал написать сам, уже готова...» (Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904, 1986, S. 17). На следующий день, 29 июня 1892 года, Фрейд признается в письме, адресованном Брейеру: «Удовлетворение, с которым я доверчиво вручил вам несколько своих страниц, оказалось сильнее чувства неловкости...» (Freud, 1941a, S. 5), а затем в сжатом виде излагает содержание будущей статьи. Свидетельством работы Фрейда над этой статьей является и примечание, сделанное Фрейдом к сборнику «Лекций по вторникам» Шарко,

который он перевел на немецкий язык (Freud, 1892-1894, S. 107). В этом примечании, состоящем из трех коротких абзацев, Фрейд излагает содержание «Предуведомления» и намекает на то, что работа над статьей началась. Кроме того сохранились два рукописных наброска «Предуведомления», сделанных Фрейдом. В одном наброске, на котором рукой Фрейда отмечена дата «конец ноября 1892 года», изложены главным образом соображения по поводу истерических припадков; в отредактированном виде этот текст был включен в четвертый раздел «Предуведомления», хотя из него был изъят важный фрагмент, содержащий рассуждения о «принципе постоянства». Впоследствии эту тему осветил Брейер в «Теоретической части» книги. Вторая рукопись без даты, помеченная цифрой III, представляет собой набросок статьи о «гипноидных состояниях» и «истерической диссоциации». Эти заметки Фрейда, по всей видимости, легли в основу третьего раздела «Предуведомления».

Судя по личной корреспонденции Фрейда, отношения между двумя авторами складывались непросто. 18 декабря 1892 года Фрейд писал Флиссу (Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904, 1986, S. 24): «Рад тебе сообщить, что статья о нашей теории истерии (реминисценциях, отреагировании и т.д.) будет напечатана 1 января 93 года в "Неврологическом вестнике", причем в виде подробного "Предуведомления". Это вполне искупает все распри с господином компаньоном». Статья, датированная в печати декабрем 1892 года, была опубликована в двух номерах «Неврологического вестника» (1 января и 15 января 1892 года), который в то время выходил дважды в месяц в Берлине. Сразу после этого статья была перепечатана в «Венском медицинском вестнике» (в номерах за 19 и 26 января 1892 года). 11 января, когда была опубликована первая часть статьи, Фрейд сделал доклад в Венском медицинском клубе на эту же тему. Статья не получила широкой известности на родине авторов, но почти сразу была замечена за границей. В Лондоне ученый Фредерик Майерс представил реферат «Предуведомления» в периодическом издании Общества физического исследования призраков и ясновидения, а в США известный психолог Уильям Джеймс опубликовал обзор этой статьи в первом номере журнала «Психологическое обозрение», упомянув о том, что подобные исследования проводит и Жане во Франции.

После публикации «Предуведомления» авторы стали готовить к печати истории болезни и две заключительные обобщающие главы, которые позволили придать законченный вид композиции книги и, по словам Брейера, «более подробно, вразумительно, а, может быть, и с известными оговорками разъяснить все то, что не получило в "Предуведомлении" должного обоснования и было там лишь слегка намечено». Уже 7 февраля 1894 года Фрейд уведомил Флисса о том, что «совместная с Брейером книга об истерии наполовину готова, не достает лишь нескольких историй болезни и двух обобщающих глав» (Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904, 1986, S. 60). 22 июня в письме Флиссу он уточняет, что книга должна состоять «из пяти историй болезни, его (Брейера) главы о теории истерии (обобщающей, критической), от которой я полностью отстраняюсь, и еще одной, покуда не написанной, моей главы о терапии» (ibid., S. 77). В следующем абзаце этого письма Фрейд сообщает: «Последнюю историю болезни (описание случая фрейлейн Элизабет фон Р.) я вышлю тебе сегодня...» (ibid.).

Скорее всего, Йозеф Брейер, который не имел обыкновения публиковать истории болезни своих пациентов, не сразу решился включить в книгу описание случая Анны О. Стремясь «очертить границы» своего «участия в работе над «Исследованиями истерии» в некрологе, посвященном Брейеру, Фрейд утверждал: «Моя основная заслуга заключается в том, что я вновь разжег в нем уже было погасший интерес и убедил его опубликовать результаты своих исследований. ... В то время, когда он, уступая моей настойчивости, готовил к публикации "Исследования", казалось, он был твердо убежден в их важности. Он сам сказал мне однажды: "Я думаю, что это самое важное сообщение миру, которое нам обоим когда-либо предстоит сделать». В некрологе дана и несколько иная оценка «Теоретической части» Брейера: «Помимо изложения первого случая из своей практики, Брейер написал для "Исследований" "Теоретическую часть", несколько устаревшую с тех пор, но содержащую мысли и выводы, которые и по сей день не нашли себе должного применения. Всякий, кто возьмется за изучение этого теоретического трактата сможет получить истинное представление об интеллектуальном масштабе автора. Остается лишь сожалеть о том, что период, в течение которого его научный интерес был направлен на нашу психопатологию, составляет

лишь краткий эпизод его долгой жизни» (З.Фрейд. Йозеф Брейер. Психоаналитический вестник № 2 (8), 1999).

После длительного перерыва 4 марта 1895 года Фрейд снова упоминает в письме Флиссу об этой работе и замечает: «Я спешно пишу главу о терапии истерии» (Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904, 1986, S. 114). Эта работа была завершена 13 марта 1895 года. 10 апреля того же года Фрейд переслал Флиссу по почте вторую часть гранок книги, а на следующий день сообщил о том, что книга будет опубликована через три недели. «Исследования истерии» были опубликованы в издательстве «Дойтике» (Deuticke, Leipzig und Wien, 1895) в мае 1895 года.

В немецких медицинских кругах книга была встречена довольно холодно. Крайне неблагоприятную рецензию опубликовал в «Германском психиатрическом журнале» известный невролог Адольф фон Штрюмпель (Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde, 1896, 159). Вместе с тем имелись и похвальные рецензии, среди которых можно выделить отзыв Альфреда фон Бергера (Neue Freie Presse, 2.02. 1896), впоследствии ставшего директором Венского государственного театра. В своей рецензии он отмечал, что книга «проникнута естественной и ненамеренной красотой», а некоторые мысли авторов сродни «античной поэтической психологии, ни больше и ни меньше». Комментируя слова Фрейда о том, что его «истории болезни читаются как новеллы», фон Бергер утверждал: «Ученый, пустившийся в плавание по океану человеческой души, не может претендовать на холодность и абсолютную беспристрастность суждений, как бы он к этому ни стремился».

В словах Фрейда о том, что написанные им истории болезни «читаются как новеллы и, так сказать, лишены серьезного отпечатка научности», слышатся отчасти интонация удивления, отчасти нотки оправдания. Несмотря на то, что уже в следующем пассаже Фрейд объясняет выбор литературной формы не своими художественными пристрастиями, а «скорее сущностью предмета», это обстоятельство не умаляет литературные достоинства некоторых историй болезни. К числу этих достоинств относится не только выразительность текста, но и художественная композиция трех заключительных историй болезни. Если подготовленное Брейером описание случая Анны О. представляет собой всего лишь отчет о течении болезни, в котором беспристрастное повествование сосредоточено на конкретных деталях и почти не выхо-

дит за рамки наблюдений, а первая фрейдовская история болезни (история Эмми фон Н.) немногим отличается от протокола лечения, подвергнутого минимальной литературной обработке, то истории Катарины, Люси Р. и Элизабет фон Р. местами напоминают рассказы современника Фрейда, австрийского писателя Артура Шницлера, причем нередко Фрейд выстраивает повествование с явным расчетом на художественное и эмоциональное воздействие текста. Достаточно вспомнить описание драматической сцены у постели умершей сестры в истории болезни Элизабет фон Р., которая завершается характерным для классической новеллы пуантом, или диалоги в историях болезни Катарины и Люси Р. Не случайно образ мисс Люси Р. послужил одним из прототипов главной героини повести «Поворот винта», написанной знаменитым американским писателем Генри Джеймсом, братом психолога Уильяма Джеймса, знакомого с книгой Брейера и Фрейда. Сам Фрейд не раз признавался, что мечтает стать романистом, чтобы сохранить для мира рассказы своих пациентов, однако эти мечты не мешали ему осознавать, какая пропасть отделяет его от сочинителей: «Мне приходится сталкиваться с трудностями, которые не тревожили бы меня, если бы мне требовалось, подобно лирику, сочиняющему новеллу, домысливать душевное состояние, а не расчленять его подобно врачу» (цит. по: Schonau, 1968, S. 11; G.W.V, S. 220).

Лишь спустя десять лет началась подготовка второго издания книги. К тому времени пути Брейера и Фрейда разошлись. Несмотря на то, что в мае 1906 года Брейер дал письменное согласие на второе издание, после длительного обсуждения пришлось отказаться от идеи написания совместного предисловия, поэтому книга вышла в 1909 году в том же издательстве с двумя отдельными предисловиями, датированными 1908 годом. Впоследствии при переиздании «Исследований истерии» из книги часто изымались главы, написанные Брейером. На русском языке были опубликованы два фрагмента «Исследований истерии»: последняя глава книги «О психотерапии истерии» (З.Фрейд. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. М.: Медицина, 1991), а также история болезни Элизабет фон Р. (З. Фрейд. Случай фрейлейн Элизабет фон Р. МПЖ, 1992, №№ 1-2). В основу нового перевода, сделанного без купюр и сокращений, положен полный текст «Исследований истерии», опубликованный издательством «Фишер» (J.Breuer, S. Freud. Studien über Hysterie. Frankfurt/Main: S. Fischer).

При переводе учитывались те особенности стилистики и поэтики Фрейда, которые позволили Вальтеру Мушгу в пространном эссе назвать Фрейда писателем и принесли Фрейду в 1930 году премию Гете по литературе.

Большую помощь в работе над переводом и комментариями оказали председатель фонда Зигмунда Фрейда при франкфуртском институте им. З. Фрейда Сибилла Древс (Frau Dipl.-Psych. Sybilla Drews), редактор издательства Reclam д-р Рихард Мюллер-Шмитт (Herr Dr. Richard Müller-Schmitt), директор Австрийской библиотеки в СПГУ А.В. Белобратов, проф. д-р. Г.Ф. Вертманн (Herr Prof.Dr. H.V. Werthmann), которым переводчик выражает искреннюю признательность.

Wir danken Sigmund-Freud-Stiftung (Frankfurt am Main) für grosszügige finanzielle Unterstützung bei der Ausgabe dieses Bandes.

С. Панков

ПРИМЕЧАНИЯ

ПРЕДУВЕДОМЛЕНИЕ*

[1] *(стр. 18) ... парез...* — (от греч. paresis — ослабление) — ослабление произвольных движений, неполный паралич.

[2] *(стр. 19) ... анкилоз...*— (от греч. ankylos — согнутый) — неподвижность сустава, обусловленная сращением суставных поверхностей после воспалительного процесса или травмы.

[3] *(стр. 19) ... гемианестезия...* — (от греч. hemi — половина, an — оотрицательная частица, aisthesis — чувство) — симптом, выражающийся в потере чувствительности в половине тела.

[4] *(стр. 21) ... Дельбеф и Бине...* — Дельбеф, Йозеф Франц (1831—1896), — бельгийский философ и исследователь гипноза, занимавшийся изучением постгипнотического внушения и ориентации во времени под воздействием гипноза.

Бине, Альфред (1857—1911) — французский психолог, основатель журнала «Психологический ежегодник» («L'Anne psychologique»), один из создателей тестов для определения уровня интеллекта человека, автор нескольких работ на тему психологии гипноза *(С.П.).*

[5] *(стр. 21) ...В любопытной книге П. Жане «L'automatisme psychologique»...* — Жане, Пьер Мари Феликс (1859—1947) — французский психолог, философ и психиатр, автор работ на тему патопсихологии и психиатрии, ученик Шарко (см. прим. 11 к стр. 28), профессор психологии в Коллеж де Франс, один из основателей «Журнала нормальной и патологической психологии». Жане, как и Шарко, полагал, что истерия является следствием «психологической диссоциации». В работе «Психологический автоматизм», представляющей собой диссертацию, которую автор защитил в Париже в 1889 году (L'automatisme psychologique, 1889), Жане утверждал, что почву для диссоциации и истерии создают некогда ускользнувшие от сознания фрагменты воспоминаний о травматических эпизодах жизни человека, которые врач должен обнаружить и устранить. По мнению Жане, причиной развития истерии и неврозов являются депрессии и умственное истощение,

* Здесь и далее авторами примечаний являются научный редактор издания Виктор Мазиин (В. М.) и переводчик Сергей Панков (С. П.). Примечания, не помеченные инициалами авторов, — совместная работа членов редакционной коллегии. — *Прим. ред.*

обусловленные сужением сознания и чрезмерной внушаемостью. Примечательно, что в 1913 году, выступая на Международном медицинском конгрессе в Лондоне, Жане критиковал психоанализ Фрейда, утверждая, что он, а не Фрейд, является создателем катартического метода лечения неврозов. Словно отвечая на этот упрек в некрологе, посвященном Брейеру, умершему в 1925 году, Фрейд подчеркнул: «Ко времени публикации нашего "Исследования" уже можно было сослаться на работы Шарко и исследования Пьера Жане, которые, казалось бы, опередили некоторые открытия Брейера. Однако, в тот период, когда он занимался своим первым случаем (1881 – 1882 гг.), ни одна из этих работ еще не появилась. «Психологический автоматизм» (*Automatisme psychologique*) Жане был издан в 1889 году, а его вторая книга «Психическая природа истериков» (*L'état mental des hysteriques*) увидела свет не ранее 1892 года. Таким образом в своих исследованиях Брейер был совершенно самостоятельным и руководствовался лишь теми размышлениями, на которые навел его конкретный случай из практики» *(С.П.)*.

[6] *(стр. 22) ... у Мебиуса и Штрюмпеля...* – Мебиус, Пауль Юлиус (1853 – 1907) – немецкий психиатр, происходящий из той же семьи, что и знаменитый математик Август Фердинанд Мебиус, изобретатель ленты Мебиуса. Будучи лидером так называемого психодинамического течения в немецкой психиатрии, Пауль Мебиус создал термин «психогенез», занимался анализом психической этиологии нервных расстройств и открыл синдром, представляющий собой врожденную аплазию ядер отводящего и лицевого нервов. Известно, что в личной библиотеке Фрейда было, по меньшей мере, 7 книг Мебиуса, в том числе изданный в 1894 году сборник, включающий упомянутую статью: Мебиус П.Ю. О понятии истерии и о других вопросах, преимущественно психологического свойства. (Möbius, P.J.: Abels Medizinische Werke. Neurologische Beitrage. Heft I. Über den Begriff der Hysterie und andere Vorwürfe vorwiegend psychologischer Art. Leipzig: Ambr. Abel (Arthur Meiner) 1894).

Штрюмпель, Адольф фон (1853 – 1925) – немецкий невропатолог и терапевт, занимавшийся изучением системных заболеваний спинного мозга и описавший ряд неврологических симптомов и синдромов, которые носят его имя. В личной библиотеке Фрейда было две книги Штрюмпеля «О причинах заболеваний нервной системы» и «О возникновении и лечении заболеваний через по-

средство представлений» (Strümpell, Adolf: Ueber die Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig: F.C.W. Vogel 1884; Über die Enstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. Erlangen: Fr. Junge. 1892). В 1923 году Штрюмпель принимал участие в лечении В.И. Ленина *(С.П.)*.

[7] *(стр. 22) ... в некоторых опубликованных на эту тему заметках Бенедикта...* — Бенедикт, Мориц (1835—1920) — австрийский невропатолог и криминалист, открывший синдром поражения красного ядра, который получил его имя, один из ведущих специалистов в области электротерапии, с 1899 года ординарный профессор Венского университета, убежденный сторонник гипнотической терапии, впоследствии увлекшийся спиритизмом. В середине семидесятых годов Бенедикт, высоко ценивший идеи Франца Иосифа Галля и Франца Антона Месмера, начал использовать гипноз при лечении истерии. Брейер имел возможность ознакомиться с приемами Бенедикта, поскольку работал ассистентом в клинике, в которой тот проводил свои первые сеансы гипноза. О характере взаимоотношений Фрейда и Бенедикта свидетельствует то обстоятельство, что в 1885 году при посещении Сальпетриера Фрейд воспользовался рекомендательным письмом Бенедикта, адресованным Шарко (см. прим. 11 к с. 28), с которым Бенедикт были лично знаком. Бенедикт опубликовал, в том числе и за свой счет, несколько работ на тему лечения истерии и нервных расстройств, в частности, «Наблюдения за истерией» (Benedikt, Moriz. Beobachtungen über Hysterie. Wien, Selbstverlag des Verfassers, 1864), «Афазия, аграфия и родственные им патологические состояния» (Benedikt, Moriz. 0ber Aphasie, Agraphie und verwandte pathologische Zustande. Wien, Druck von J. Lowenthal, 1865), «Психические функции мозга в нормальном и патологическом состоянии» (Benedikt, Moriz. Die psychischen Funktionen des Gehirnes im gesunden und kranken Zustande. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1875), «Головные боли» (Benedikt, Moriz. Über Kopfschmerzen. Wien, G. Gistel, 1898). В книге Бенедикта «Гипнотизм и внушение», которая была издана в 1894 году и имелась в личной библиотеке Фрейда, можно обнаружить отзыв на статью Брейера и Фрейда «О психическом механизме истерических феноменов»: «Я уверен в том, что эффективную методику гипнотического внушения за счет использования воспоминаний в состоянии погружения создать не удастся. Однако эти ученые добились

столь впечатляющих результатов, что теперь ни один исследователь, стремящийся проводить подобные опыты, не сможет упустить из виду путь, избранный Брейером и Фрейдом» (Benedikt, Moriz. Hypnotismus und Suggestion. Eine klinische-psychologische Studie. Wien: 1894) *(С.П.)*.

[8] *(стр. 23) ... с помощью языка можно... «отреагировать» аффект...* В этом месте впервые используются в терапевтическом смысле такие понятия, как «катарсис» и «отреагирование». Отметим, что уже здесь Фрейд и Брейер говорят о речи как суррогате поступка. Таким образом, катартический эффект отреагирования аффекта достигается не просто сопереживанием, но выговариванием *(В.М.)*.

[9] *(стр. 25)... речь шла очувствах, которые пациент... хотел подавить...* Здесь впервые в психоаналитическом смысле говорится о «вытесненном». «Вытеснение», как следует из совместно написанного Фрейдом и Брейером предисловия к первому изданию, тождественно «защите». Однако, вытеснение при конверсионной истерии — это и защита, и нет, поскольку защитой служит соматическое превращение аффекта. Вытеснение — способ защиты, вытесненное — бессознательное. Говоря о вытеснении, Фрейд характеризует его как «намеренное», однако, намеренность эта не подразумевает сознательности. Такое противоречие связано с пониманием конфликта в данное время как конфликта между сознанием и вытесненным. Вытесняется то, что неприемлемо для сознания, но это не значит, что вытеснение — сознательный процесс *(В.М.)*.

[10] *(стр. 26) ... наши взгляды совпадают со взглядами... обоих Жане...* — имеются в виду французские врачи-психотерапевты Пьер Жане (см. прим. 5 к с. 21) и Жюль Жане *(С.П.)*.

[11] *(стр. 28) ... схематическое описание «сильных» истерических припадков, составленное Шарко...* — Шарко, Жан Мартен (1825—1893) — знаменитый французский невропатолог, главный врач психиатрической клиники Сальпетриер в Париже, с 1860 года профессор невропатологии Парижского университета, основатель парижской школы гипноза. Обособив истерию от эпилепсии, неврастении и психических расстройств, Шарко предложил рассматривать истерию, которую он считал соматическим расстройством, как отдельное заболевание, относящееся к области неврологии, а не психиатрии. В отличие от Бернгейма (см. прим. 8 к стр. 92), Шарко

полагал, что гипнотическое состояние, подобно истерии, имеет патологический характер, и представляет собой искусственное невротическое расстройство, разнообразные проявления которого зависят от воли экспериментатора. Широкую известность ему принесли «лекции по вторникам», на которых он на глазах у многочисленных врачей и журналистов проводил показательные сеансы гипноза. Фрейд и Брейер ссылаются на работу Шарко «Патологическая физиология. Разнообразные нервические состояния, обусловленные гипнотическим воздействием на истериков (Charcot, J.M. Physiologie pathologique. Sur les divers stats nerveux determinss par l'hypnotisation chez les hysteriques. Comptes rendus de l'Academie Des Sciences, 94). В 1885 году Фрейд прошел пятимесячную стажировку в больнице Сальпетриер под началом Шарко, лекции которого произвели на Фрейда сильное впечатление. В некрологе, посвященном Шарко, Фрейд назвал французского ученого «художественно одаренной натурой... визионером, ясновидящим» (Freud, 1893, G.W. Bd. 1, S. 22). В 1886 году Фрейд перевел на немецкий язык книгу Шарко «Лекции о заболеваниях нервной системы». Выбирая художественную форму повествования для своих историй болезни, Фрейд вполне мог взять за образец манеру Шарко, о котором сам он писал: «Шарко был преподавателем, умеющим по-настоящему увлекать, превращая каждую лекцию в небольшое произведение искусства со своим построением и своей композицией, настолько совершенное по форме и вместе с тем убедительное, что весь день после этого в ушах звучали его слова, и все мысли были заняты описанным предметом» (ibid. S. 28). Фрейд отмечал, что именно Шарко заставил научный мир обратить внимание на истерию, поскольку «работа Шарко прежде всего вернула этой теме подобающее положение; постепенно все отвыкли от презрительных улыбок, на которые прежде только и могла расчитывать больная; теперь ее уже не воспринимали как симулянтку, поскольку Шарко со всем своим авторитетом высказался за подлинность и объективность феномена истерии» (ibid. S. 30). О степени влияния, которое оказал на клинические исследования Фрейда Шарко, можно судить по выдержки из письма Фрейда своей невесте Марте Бернайс: «...полагаю, я очень изменился. Скажу тебе об одном, из того, что на меня повлияло. Шарко, один из величайших врачей и человек гениального ума, попросту сокрушил мои представления и планы. Большинство лекций я покидаю

как Собор Парижской Богоматери, с новым ощущением совершенства... Принесет ли это семя плоды, я не знаю; но я знаю наверняка, что ни один человек так на меня не влиял». На стене приемной Фрейда висела литогорафия, на которой был изображен Шарко, демонстрирующий аудитории загипнотизированную им истеричку, а в личной библиотеке Фрейда имелись 9 томов полного собрания сочинений Шарко с автографом автора (Charcot, J.-M.: Oeuvres Completes. Lscons sur les maladies du systeme nerveux, recueilles et publiess par Bourneville et Brissaude. Vol. 1-9. Paris: 1866–1890). По просьбе Фрейда, Шарко консультировал в Париже Анну фон Либен (см. прим. 12 к стр. 94) не позже октября 1888 года (Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess, 1986, S. 13) *(С.П.)*.

[12] *(стр. 29) ... при наличии... каталептическкого оцепенения...* — каталептическое — характерное для каталепсии (от греч. katalepsis — захват, удерживание) — двигательного расстройства, при котором больной застывает в принятой или приданной ему позе.

[13] *(стр. 31) ... внедрению... в соматическую иннервацию...* — иннервация — связь органов и тканей с центральной нервной системой.

[14] *(стр. 32)* ... раздражение истерогенной зоны... — Термин истерогенная зона постоянно использует Шарко, в частности, в «Лекциях по заболеваниям нервной системы» (1890). Надавливание, поглаживание этих зон повышенной чувствительности может искусственно вызвать истерический припадок. Фрейд в «Исследованиях истерии» отмечает, что это зоны не только болевых, но и сексуальных ощущений. Возбуждение истерогенных зон вызывает реакции, сходные с теми, что возникают при возбуждении эрогенных зон (см. «Три очерка по теории сексуальности», 1905). Кроме того, Фрейд — и в этом еще одно отличие от Шарко, который стремился к жесткой локализации этих зон, — подчеркивает в этой книге их лабильность: истерогенным/эрогенным может стать любой участок тела *(В.М.)*.

ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

А) ФРЕЙЛЕЙН АННА О.

[1] *(стр. 39) ... Фрейлейн Анна О., заболевшая в возрасте 21 года...* — Берта Паппенгейм (1854—1936) — дочь богатого венского предпринимателя Зигмунда Паппенгейма и Рехи Паппенгейм (в девичестве Гольдшмидт), впоследствии ставшая литератором, видным общественным деятелем, лидером женского движения в Германии. В 1902 году Берта Паппенгейм основала Женскую попечительскую организацию, которая оказывала помощь сиротам и матерям-одиночкам. На протяжении двадцати лет Паппенгейм возглавляла организованный ею в 1904 году Союз еврейских женщин, боровшийся с торговлей женщинами в Восточной Европе, читала просветительские лекции в Европе и США, публиковала многочисленные статьи о положении женщин в периодических изданиях Союза. В зрелые годы бывшая пациентка Брейера скептически относилась к психоанализу и предпочитала не распространяться о своей причастности к истории Анны О. Завесу тайны над личностью Анны О. впервые приподнял Эрнест Джонс в автобиографии. Скончалась Берта Паппенгейм в 1936 году в возрасте 77 лет вскоре после допроса в гестапо. После окончания второй мировой войны в Германии была выпущена почтовая марка с ее портретом.

Брейер, который исполнял обязанности семейного врача в доме Паппенгеймов, приступил к лечению Берты Паппенгейм в ноябре 1880 года *(С.П.)*.

[2] *(стр. 39) ... сексуальное начало у нее было не развито; пациентка... никогда не была влюблена...* — Берта Паппенгейм не вышла замуж и в стихотворении, написанном около 1911 года, жаловалась на то, что ее так и не посетила любовь. (См. Hirschmtller A. Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers. Bern: Hans Huber, 1978) *(С.П.)*.

[3] *(стр. 40) ... развитие... парафазии...* — парафазия (от греч. para — возле, около, phasis — речь) — замена звуков (букв) речи или слов на другие; неправильное употребление отдельных звуков (букв) или слов устной и письменной речи. Различают два вида парафазии: литеральную и вербальную. Литеральная парафазия

выражается в виде ошибочной замены отдельных звуков (или слогов) в словах, в основе которых лежат сенсорные или моторные нарушения речи. Вербальная парафазия характеризуется заменой одних слов другими, близкими по смыслу.

[4] *(стр. 40) ...развитие... паралича с контрактурами...* — контрактура (от лат. contractura — стягивание, сужение) — ограничение подвижности в суставе вследствие болезненного изменения суставных поверхностей или функционально связанных с суставом мягких тканей.

[5] *(стр. 45) ...погружалась в глубокий сопор...* — (от лат. sopor — оцепенение, вялость), глубокое угнетение сознания при сохранении рефлексов. Человек в сопоре пассивен, безучастен, хотя и способен реагировать на некоторые сильные внешние раздражители — оклик, настойчивые повторные приказы и т.д.

[6] *(стр. 46) ...ее... отправили в поместье неподалеку от Вены... я ни разу не грозился увести ее из дома...* — в действительности, именно Брейер распорядился отправить Берту Паппенгейм в поместье неподалеку от санатория в Инцерсдорфе, где за ней могли присматривать тамошние врачи: Эмиль Фрис и Герман Бреслауер *(С.П.)*.

[7] *(стр. 47) ...выпила перед сном хлорал...* — хлоралгидрат (Chlorali hydras) во второй половине XIX века широко использовался в психотерапевтической практике в качестве универсального успокоительного средства, наряду с другими наркотическими препаратами, вызывающими у пациентов зависимость. Действие этого наркотика на Анну О. Брейер описывает на стр. 50—51 данного издания. Кроме хлорала, Анна О. получала инъекции морфина для устранения сильных болей в области лица *(С.П.)*.

[8] *(стр. 48) ...во вкусе сказок Андерсена из сборника «Картинки-невидимки»...* — Андерсен, Ганс Христиан (1805—1875) — датский поэт и писатель. Книга Андерсена под таким названием, содержащая тридцать три коротких рассказа, изложенных стилизованным «детским» языком, была выпущена на немецком языке в 1841 году (Bildbuch ohne Bilder, 1841). Примечательно, что в 1890 году Берта Паппенгейм сама опубликовала сборник рассказов для детей «В лавке старьевщика» под псевдонимом П. Бертольд *(С.П.)*.

[9] *(стр. 55) ...амблиопия...* — (от греч. amblys — тупой, ослабленный и ops — глаз), ослабление зрения, обусловленное функциональными расстройствами зрительного анализатора.

[10] *(стр. 55) ...макропсия...* (от греч. makros — большой и ops — глаз) – состояние, при котором наблюдается нарушение восприятия величины и формы предметов или отдельных их фрагментов, а также ощущение увеличения тела самого больного или его отдельных частей. Предметы представляются больному в увеличенном виде.

[11] *(стр. 61) ...Затем она уехала из Вены и отправилась в путешествие...* – Летом 1882 года Берта Паппенгейм провела вместе с матерью три недели в Карлсруэ, а затем по рекомендации Брейера была помещена в швейцарскую клинику «Бельвю» в Кройцлингене, где до октября того же года проходила курс физиотерапии у доктора Роберта Бинсвангера. Состояние пациентки усугубляла зависимость от хлоралгидрата и морфина, к которым она успела пристраститься к июню 1882 года. Несмотря на то, что в январе 1883 года Берта Паппенгейм вернулась в Вену, в период между 1883 и 1887 годами ее трижды помещали на несколько месяцев в санаторий Инцерсдорф. Об окончательном выздоровлении Берты Паппенгейм Фрейд мог узнать не только от своей невесты Марты Бернайс, которая была знакома с семейством Паппенгейм, поскольку отец Берты некоторое время был ее опекуном, но и от давнего друга и коллеги Брейера Карла Беттельгейма, занимавшегося лечением Берты в санатории Инцерсдорф в 1887 году. (См. Ellenberger, Henri F. The Story of «Anna O.»: A Critical Review with New Data. Journal of the History of the Behavioral Sciences, №8, 1972.) В 1932 году в письме, адресованном писателю Стефану Цвейгу, Фрейд выдвинул следующую версию завершения лечения Берты Паппенгейм: «На следующий день после того, как все ее симптомы были устранены, его (Брейера) вызвали к ней вечером, и когда он зашел к ней, она корчилась из-за судорог в нижней части живота. Когда он спросил ее, что с ней случилось, она ответила: «Сейчас родится ребенок от доктора Б». В этот момент он получил ключ от обители Матерей, но не воспользовался им. При всех его талантах, в нем нет ничего от Фауста. Он попросту испугался и сбежал, перепоручив больную одному коллеге, который еще несколько месяцев боролся с ее недугом в санатории» (Freud an Stefan Zweig, Briefe, 2.6.1932) *(С.П.)*.

[12] *(стр. 66) ...если в «бессознательном»...* – Как пишут редакторы английского академического издания Фрейда, здесь, по всей видимости, мы впервые сталкиваемся с использованием термина

«бессознательное» в психоаналитическом смысле слова. Закавыченность этого понятия у Брейера указывает на авторство Фрейда. В «Исследованиях истерии» Фрейд говорит не только о «бессознательном», но иногда и о «подсознательном», от которого в будущем по концептуальным причинам откажется (см. его работу «Бессознательное», 1915) *(В.М.)*.

2) ГОСПОЖА ЭММИ ФОН Н.

[1] *(стр. 71) ...Госпожа Эмми фон Н...* — Фанни Мозер, в девичестве Зульцер-Варт (1848—1924); происходила из аристократической семьи швейцарских немцев, в 1871 году вышла замуж за шестидесятипятилетнего русско-шведского промышленника Генриха Мозера, который заработал большое состояние на торговле дешевыми часами и железнодорожными вагонами в России и Центральной Азии. После смерти мужа от апоплексического удара в 1874 году Фанни Мозер унаследовала его состояние и считалась одной из самых богатых женщин Европы. В 1887 году она поселилась в своем замке под Цюрихом, где и провела остаток жизни, вращаясь среди литераторов и художников, которым она покровительствовала. По некоторым сведениям, не меньшей интенсивностью отличалась и ее личная жизнь, основными действующими лицами которой были лечащие врачи, проживавшие у нее в замке. (См. Andersson, O. A supplement to Freud's Case History of «Frau Emmy von N.» in «Studies on Hysteria», 1895. Scandinavian Psychoanalytic Review, №2, 1979). В 1889 году во время посещения Вены Фанни Мозер обратилась к Брейеру, который, по всей видимости, и рекомендовал ей Фрейда. Лечение Фанни Мозер у Фрейда продолжалось с перерывами до 1891 года. Подлинное имя Эмми фон Н. установил Генри Элленбергер в 1977 году (Ellenberger, H. L'histoire d'«Emmi von N.», L'Evolution psychiatrique, №42, 1977) *(С.П.)*.

[2] *(стр. 71) ...я... недостаточно долго занимался анализом...* — Фрейд пока еще не использует понятие «психоанализ», но он на пути к нему. Здесь речь идет об «анализе», а также «психическом анализе», «психологическом анализе», «гипнотическом анализе» *(В.М.)*.

[3] *(стр. 73) ...заботы о двух дочерях, ныне девушках шестнадцати и семнадцати лет...* — Фанни Мозер (1872—1935) и Ментона Мозер (1874—1971), которым ко времени описываемых событий было, соответственно, семнадцать и пятнадцать лет; скорее всего, Фрейд прибавил девушкам по одному году, стараясь сохранить инкогнито своей пациентки. Старшая дочь Фанни Мозер поначалу занималась медициной и зоологией, но затем под впечатлением от нескольких переживаний оккультного характера оставила науку и увлеклась парапсихологией и спиритизмом. Младшая дочь

Ментона Мозер стала литератором и общественным деятелем; в 1919 году она вступила в Швейцарскую коммунистическую партию, а в 1926 году уехала в СССР, где в 1928 году основала детский дом для беспризорных детей. Последние годы жизни она провела в Восточном Берлине *(С.П.)*.

[4] *(стр. 73)* ...она отправилась в Аббацию... — Аббация (ныне Опатия) — модный адриатический курорт на восточном побережье полуострова Истрия, в сорока пяти километрах к востоку от Триеста; в то время Аббация входила в состав Австро-Венгерской империи, сейчас находится на территории Хорватии *(С.П.)*.

[5] *(стр. 80) ...она... усвоила мой метод... и пользуется непринужденной и произвольной беседой...* — Эта непринужденная и произвольная беседа впервые дает указание на то, что вскоре превратится в основной метод психоаналитической техники — в метод «свободных ассоциаций» *(В.М.)*.

[6] *(стр. 87) ...После смерти мужа... его родственники... распространяли слухи о том, что она его отравила...* — сын Генриха Мозера от первого брака нашел в спальне умершего отца следы крысиного яда и обвинил Фанни Мозер в том, что та отравила своего мужа. Несмотря на то, что в ходе эксгумации судебные медики не обнаружили ни одной улики, родственники Генриха Мозера продолжали распространять слухи о ее виновности, пользуясь тем обстоятельством, что официальное заключение судебно-медицинской экспертизы бесследно исчезло. Эта скандальная история до такой степени испортила репутацию Фанни Мозер, что с тех пор ее не принимали в некоторых аристократических кругах, а при посещении курортов она порой запрещала детям произносить на людях свою фамилию. *(С.П.)*.

[7] *(стр. 89) ...на острове Рюген...* — о. Рюген — популярный балтийский курорт на северо-востоке Германии *(С.П.)*.

[8] *(стр. 92) ...в ходе исследований Бернгейма и его последователей...* — Бернгейм, Ипполит Мари (1840–1919) — французский врач, с 1879 года профессор по внутренним болезням в Страсбурге и Нанси, один из основателей нансийской психоневрологической школы, в рамках которой гипноз рассматривался как состояние, подобное сну. Бернгейм, полагавший, что истерия развивается вследствие самовнушения или внушения, произведенного извне, первым начал использовать в клинических условиях лечение сном. В 1889 году Фрейд посетил клиники в Нанси, где планировал усо-

вершенствовать свои приемы гипноза, и 19 июля навестил проездом свою пациентку Фанни Мозер, которая жила в собственном имении под Цюрихом. Одновременно с Фрейдом Нанси с целью лечения посетила другая его пациентка Анна фон Либен (см. прим. 12 к с. 94). В течение нескольких недель, проведенных летом 1889 года в Нанси, Фрейд присутствовал на гипнотических сеансах Бернгейма и ознакомился на практике с его приемами *(С.П.)*.

[9] *(стр. 92) ...Бернгейм («Внушение», с. 31 немецкого издания)...* — речь идет о книге Бернгейма «Внушение и его использование в терапии» (Bernheim, Hippolyte Marie: De la suggestion et de ses applications ŕ la therapeutique, Paris, 1886), которую Фрейд перевел на немецкий язык и опубликовал в 1889 году под названием «Внушение и его целительное воздействие», снабдив свой перевод предисловием и примечаниями (Die Suggestion und ihre Heilwirkung, Wien 1888–1889) *(С.П.)*.

[10] *(стр. 92) ...*во время эпилептиформного припадка... — эпилептиформный — сходный с эпилептическими пароксизмами, напоминающий по клинике эпилепсию.

[11] *(стр. 93) ценестезия* — (от греч. kenon — пустота, aisthesis — чувство, ощущение) — утрата чувства собственного «Я», проявление деперсонализации.

[12] *(стр. 94) ...наблюдения за другой пациенткой, госпожой Сесилией М...* — т.е. Анной фон Либен. А. фон Либен, в девичестве фон Тодеско (1847–1900) — дочь богатого промышленника, банкира и мецената барона фон Тодеско и Софии фон Тодеско, урожденной Гомперц. Дядя Анны фон Либен, известный специалист по древним языкам Теодор Гомперц ввел в оборот слово «катарсис». Детские годы Анна фон Либен провела на роскошной семейной вилле Тодеско и получила хорошее домашнее образование. Многие ее родственники, как со стороны отца, так и со стороны матери, страдали нервными расстройствами. К примеру, тетя Анны фон Либен со стороны матери Жозефина фон Вертгеймштейн, которая ухаживала за ней в 1862 году, когда у пятнадцатилетней Анны начались истерические припадки, сама имела склонность к нервическим припадкам и была пациенткой Теодора Мейнерта (см. прим. 2 к стр. 229), бывшего университетского преподавателя Фрейда. В 1872 году Анна вышла замуж за банкира барона Леопольда фон Либена, поселилась во дворце Тодеско в Вене, хотя большую часть времени проводила на своей вилле в

Бруле, и с 1873 по 1878 гг. родила четверых детей, причем симптомы нервного расстройства пропадали у нее только в период беременности. Известно, что Анна фон Либен была довольно эксцентричной особой, предпочитала бодрствовать по ночам, подкрепляясь икрой и шампанским, держала в передней профессионального шахматиста на тот случай, если ночью ей придет в голову поиграть в шахматы, а в 1882 пристрастилась к морфину. Фрейд приступил к лечению Анны фон Либен не ранее 1887 года. Скорее всего, Фрейда рекомендовал Анне фон Либен Брейер, который был семейным врачом в доме фон Либенов и вместе с Фрейдом продолжал заниматься лечением Анны. В 1888 году Фрейд начал использовать гипноз в лечении Анны фон Либен, а на протяжении 1889 года проводил с ней сеансы гипноза почти ежедневно. Случай Анны фон Либен имел большое значение для Фрейда. Не случайно в письме, адресованном 8 февраля 1897 года Вильгельму Флиссу (см. прим. 1 к стр. 135), Фрейд уверял: «Если бы ты был знаком с Сесилией М., ты ни минуты не сомневался бы в том, что только эта женщина могла стать моей наставницей» (Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess, 1986, S. 243). Именно в ходе лечения этой пациентки Фрейд впервые попытался применить метод свободных ассоциаций, а chaise-longue, на котором Анна фон Либен возлежала во время лечебных сеансов, может считаться прообразом психоаналитической кушетки. Известно, что во время лечения у Фрейда Анна фон Либен вела дневник, который был впоследствии уничтожен одним из врачей, занимавшихся ее лечением с 1893 года *(С.П.)*.

[13] *(стр. 97) ...фарадическая обработка бесчувственной ноги...* — фарадизация (фарадическая обработка), метод применения с лечебной или диагностической целью асимметричного переменного (т. н. фарадического) тока низкой (30—150 гц) частоты; ток назван по имени М. Фарадея (1791—1867).

[14] *(стр. 98) ... предание о епископе Гаттоне...* — по средневековому преданию, Гаттон, архиепископ Майнца, в неурожайный год заманил щедрыми посулами и сжег заживо в амбаре крестьян, которые требовали поделиться с ними запасами зерна. Вскоре расплодившиеся в окрестностях мыши накинулись на житницы Гаттона и разорили их. Пытаясь спастись от мышей, епископ заперся в рейнской башне, которая ныне именуется Мышиной башней (Maeuseturm), но мыши пересекли реку вплавь и сожрали его. Это

предание легло в основу многих литературных произведений, в частности, известной баллады английского поэта Роберта Саути «Суд божий над грешным епископом» (Southy, R.God's Judgement On A Wicked Bishop) *(С.П.)*.

[15] *(стр. 103) ... Вскоре... она... опять обратилась ко мне...* — май и июнь 1889 года Фанни Мозер провела в санатории, а в 1890 году вновь обратилась к Фрейду *(С.П.)*.

[16] *(стр. 108) ... Я снова повидался с госпожой фон Н. весной следующего года в ее имении под Д.* — весной 1891 года Фанни Мозер пригласила Фрейда в свой замок в Швейцарии *(С.П.)*.

[17] *(стр. 112) ...всех тех насекомых, властью над которыми похвалялся Мефистофель...* — Мефистофель Гете говорит о себе следующим образом: «Царь крыс, лягушек и мышей, // Клопов, и мух, и жаб, и вшей...» (И.В. Гете. Фауст. Часть первая. Сцена третья. Перевод Б. Пастернака).

[18] *(стр. 115)* Здесь впервые появляется ключевой термин психоаналитической экономики — «захват». Это слово вопреки его обыденности в немецком языке стало одним из самых сложных для перевода на другие языки. Иногда даже говорят о его непереводимости, несмотря на то, что существительное die Besetzung, как и глагол besetzen имеются в любом словаре. В русской литературе можно встретить такие варианты перевода, как фиксация (здесь один аналитический термин замещается другим), осознание, катексис (Стрейчи выбрал для перевода на английский язык это производное от греческого catechein, захватывать), активная сила, инвестиция, вложение, заряд, привязанность, нагрузка. Самое первое словарное значение многозначного слова Besetzung — занятие, оккупация. Именно в этом, несколько милитаристском значении, использует его Фрейд. Речь идет о том, что некое представление нагружается, связывается, захватывается психической энергией и, тем самым, становится активным. Подчеркивая «оккупационный» характер этого процесса, мы говорим о захвате, а не о нагрузке (энергией). Так, захватывается в фармакологическом смысле, например, серотонин *(В.М.)*.

[19] *(стр. 119) ... парестезия...* — (от греч. пара — возле, мимо, вне и aisthesis — чувство, ощущение), необычное ощущение онемения кожи, «ползания мурашек», возникающее без внешнего воздействия либо под влиянием некоторых механических факторов (сдавление нерва, сосуда).

[20] *(стр. 120) ... прогнатизм ...* — (от греч. pro — вперед и gnathos — челюсть) — в антропологии сильное выступание вперед лицевого отдела черепа.

[21] *(стр. 120) ... после экскурсии на Шафберг под Ишлем...* — Ишль — модный курорт с грязевыми и серными ваннами, излюбленное место отдыха автрийской аристократии *(С.П.)*.

[22] *(стр. 121) ... пароксизм...* — (от греч. paroxysmos — возбуждение, раздражение) — внезапное обострение болезни: приступ боли, сердцебиения, лихорадки и т.д.

[23] *(стр. 122) ... алиенация...* — психоз, безумие, умопомешательство.

[24] *(стр. 126) ... анальгезия...* (от греч. analgesia — бесчувственность, невосприимчивость) — полная потеря болевой чувствительности; один из видов частичной анестезии.

[25] *(стр. 126) ... амавроз...* (от греч. amauros — темный, слепой), то же, что слепота.

[26] *(стр. 126) ... прогуливались по Рингшрассе...* — Рингштрассе — центральная улица в Вене, проложенная в виде кольца.

[27] *(стр. 126)* ... она стала распевать... *«Привольную ведем мы жизнь» — песня разбойников из драмы Шиллера «Разбойники» и одноименной оперетты.*

[28] *(стр. 127)* ... ...слов Бернгейма «tout est dans la suggestion» и... Дельбефа... «Comme quoi il n'y a pas d'hypnotism» — см. примечание 4 к стр. 21 и примечание 8 к стр. 92.

[29] *(стр. 129) ...editio in usum delphini...* — издание для чтения дофина, т.е. издание античных авторов с изъятием эротических фрагментов текста, предназначенное для юного дофина, сына французского короля Людовика XIV.

3) МИСС ЛЮСИ Р.

[1] *(стр. 135) ...один мой друг и коллега...* — скорее всего, имеется в виду Вильгельм Флисс (1858–1928), берлинский оталаринголог, близкий друг и многолетний корреспондент Фрейда, который, наряду с Брейером, часто рекомендовал Фрейда состоятельным пациентам *(С.П.)*.

[2] *(стр. 135) ... направил ко мне молодую даму... Мисс Люси Р.* — подлинное имя этой пациентки неизвестно.

[3] *(стр. 137) ...когда я посещал клиники в Нанси, мне довелось услышать слова мэтра гипноза д-ра Льебо...* — Льебо, Амбруаз (1823–1904) — французский сельский врач, который прославился тем, что погружал пациентов в гипнотический сон, внушая им мысль о засыпании неторопливым тихим голосом, а затем устранял симптомы болезни. Льебо выделил несколько степеней гипноза и составил подробное описание характерных признаков состояния, наблюдаемого при каждой степени гипноза. В 1882 году по приглашению Дюмона, главного терапевта медицинского факультета в Нанси, Льебо приступил к гипнотическому лечению пациентов в психиатрическом приюте Марвиль. Со временем возникла так называемая нансийская школа гипноза, объединившая единомышленников Льебо и Бернгейма (см. прим. 8 к стр. 92), которые полагали, что гипноз представляет собой нормальный психологический феномен, обусловленный внушением. Нансийская школа гипноза противостояла парижской школе гипноза, которую возглавлял Шарко (см. прим. 11 к стр. 28). В 1886 году Льебо подвел итог своим наблюдениям в книге «Сон и подобные ему состояния», которая имелась в личной библиотеке Фрейда (Liebeault, A.A.: Le Sommeil Provoqué et les États Analogues. Paris: Octave Doin 1889) *(С.П.)*.

[4] *(стр. 137)* ... каталепсия (от греч. katalepsis — схватывание, припадок) — состояние оцепенения, застывание тела или конечностей в каком-либо положении, утрата мышечного тонуса без потери сознания. Обычно возникает в виде приступа при психических заболеваниях сильных эмоциональных переживаниях.

[5] *(стр. 139)* ... Когда я использовал этот метод впервые... — Судя по всему, впервые «технику надавливания» Фрейд использует в

случае с Элизабет фон Р. Мы видим, что в разных местах Фрейд описывает эту технику последнего для него телесного контакта по-разному. Здесь речь идет о том, что пациентка увидит некие сцены, перед ней возникнут какие-то представления в тот момент, когда он ослабит давление. В других местах он говорит о том, что это произойдет именно в момент надавливания. И, наконец, иногда Фрейд говорит о том, что воспоминания появятся после того, как он снимет давление руки *(В.М.)*.

[6] *(стр. 140) афазия* — (от греч. а — отрицат. частица и phasis — высказывание) — разнообразные системные нарушения речи, вызванные локальными поражениями коры головного мозга. Эти нарушения могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи.

[7] *(стр. 145) аносмия* — (от греч. an- — отрицательная приставка и osme — запах) — отсутствие обоняния.

4) КАТАРИНА

[1] *(стр. 157) ...в 189* году отправился в Высокий Тауэрн...* — Высокий Тауэрн — горный массив в Нижней Австрии. Летом 1893 года Фрейд со своим другом Оскаром Ри совершил поездку на гору Ракс в пятидесяти километрах от Вены и остановился в недавно открытом горном приюте «Оттохаус», которым владела мать Аурелии Кроних *(С.П.).*

[2] *(стр. 157) Катарина* — Аурелия Кроних (1875—1929) — дочь Юлиуса Крониха и Гертруды Кроних (в девичестве Гешл). Около 1885 года родители Аурелии Кроних арендовали горный приют «Цум Баумгартен» на горе Шнееберг, который начал приносить семье неплохой доход, когда долина, расположенная между горами Шнееберг и Ракс, стала излюбленным местом отдыха жителей Вены, поскольку после строительства Земмерингской железной дороги до нее можно было добраться из Вены всего за три часа. В 1893 году мать Аурелии Кроних оставила мужа, которого уличила в измене, и открыла новый горный приют «Оттохаус», названный в честь эрцгерцога Отто, на вершине соседней горы Ракс, у самого пика Якобскогель, куда она перебралась вместе с пятью детьми. В 1895 году Аурелия Кроних вышла замуж за лесничьего Юлиуса Ема и поселилась в его поместье в Венгрии. Несмотря на то, что брак ее оказался счастливым, Аурелия чувствовала себя одиноко в Венгрии и каждое лето посещала «Оттохаус» на горе Ракс, где и умерла осенью 1929 года от сердечного приступа, вызванного чрезмерной дозой морфина, который она принимала в качестве обезболивающего средства по предписанию сельского врача. По некоторым сведениям, в 1919 или в 1920 году Фрейд помог Аурелии Кроних устроить сына, который стал инвалидом во время Первой мировой войны, в частный приют в Деблинге. Подлинное имя Катарины и ее биография стали известны благодаря исследованиям Питера Свейлза, Герхарда Фихтнера и Альбрехта Хиршмюллера. (См. Swales P. Freud, Katharina and the First «Wild Analysis». New Jersey: The Analytic Press, 1986 *(С.П.).*

[3] *(стр. 158) ...приступ страха с признаками истерической ауры...* — истерическая аура может возникнуть в конце продромального периода истерического припадка, при этом может ощущаться

комок в горле, боли в животе, звон в ушах, усиленная пульсация в висках, потемнение в глазах.

[4] *(стр. 166) ... а затем, уже будучи воспоминаниями, обретшие силу травматического воздействия...* — Через несколько лет, в «Трех очерках по теории сексуальности» (1905) Фрейд придет к признанию в этиологии неврозов роли сексуальных влечений, уже существующих в инфантильной сексуальной жизни, однако принципиальным останется момент невозможности их осмыслить, осознать, понять *(В.М.)*.

[5] *(стр. 167) ... Шарко предпочитал именовать этот промежуток времени «периодом психической выработки».* Об этом периоде психической выработки [slaboration] как о временном промежутке между травмой и ее проявлением Шарко пишет в «Лекциях» 1888 года.

[6] *(стр. 167) ...Спустя столько лет я решаюсь раскрыть то, что сохранил тогда втайне...* —Это примечание было сделано Фрейдом в 1924 году, когда он работал в горах Земмеринга над «Автопортретом»; по всей видимости, он решился раскрыть тайну Катарины после того, как узнал, что ее родители умерли и теперь эти сведения никому не смогут повредить *(С.П.)*.

5) ФРЕЙЛЕЙН ЭЛИЗАБЕТ ФОН Р.

[1] *(стр. 171) Фрейлейн Элизабет фон Р.* — Илона Вайс (род. в 1867 в Будапеште). Фрейд занимался лечением Илоны Вайс с осени 1892 г. до лета 1893 г. (см. Jay Geller. Some more additional 'day residues': The first review of Studien тber Hysterie, Ilona Weiss and the dream of Irma's injection. Psychoanalysis & History, Vol. 2, No. 1 (Feb. 2000) *(С.П.)*.

[2] *(стр. 172) гипералгезия* — (от греч. hyper — сверх и algo — боль) — повышенная болевая чувствительность.

[3] *(стр. 174) ...лечение ног с помощью искровых разрядов Франклина...* — метод лечения «тихим» электрическим разрядом, названным по имени Б. Франклина (1706-1790).

[4] *(стр. 175) ...Выражение ее лица, по словам поэта, «ум плутовской в ней выдавало»...* — неточная цитата из «Фауста» Гете. Рассуждая о проницательности Маргариты Мефистофель замечает: «Она, заметь, физьономистка // И раскумекала меня, // По-видимому, очень близко. // Ум плутовской давно смекнул, // Что хват я или Вельзевул» (Гете И.В. Фауст. Часть первая. Сцена пятая. Перев. Б. Пастернака).

[5] *(стр. 179) ...на водах в Гастейне...* — Гастейн — популярный бальнеологический курорт неподалеку от Зальцбурга *(С.П.)*.

[6] *(стр. 180) ... абазия* — (от греч. а- — отрицат. частица, basis — шаг) нарушение способности ходить при сохранении способность к выполнению движений, составляющих ходьбу. Больной может совершать соответствующие действия, в необходимом объеме и с достаточной силой, лежа. Часто сопутствуется астазией.

[7] *(стр. 191) ... В процессе этой работы я стал придавать глубокое значение сопротивлению...* Здесь впервые речь идет о принципиальном для будущего психоанализа клиническом понятии «сопротивление» [Widerstand]. Подробнее Фрейд говорит об этом феномене в заключительной части этой книги. Именно из-за сильного сопротивления некоторых пациентов Фрейд отказывается от гипноза и внушения; именно психоанализ и преодолевает, и истолковывает этот феномен *(В.М.)*.

[8] *(стр. 216) ...имел в виду Питр...* — Питр, Жан Альберт (1848—1927), французский психиатр, ученик Шарко, занимавшийся ис-

следованиями афазии и истерии. В 1891 году в Париже вышла его книга «Клинические лекции по истерии и гипнотизму». Предисловие к ней написал Шарко.

[9] *(стр. 216) ... экмнезический бред...* – Экмнезия (от греч. ek – вне, за пределами, mnesis – память) – форма расстройства памяти, при котором стирается граница между прошлым и настоящим. Либо события прошлой жизни переносятся в настоящее, либо текущие события переносятся в прошлое. Один из учеников Шарко, Питр, на которого здесь и ссылается Фрейд, в «Клинических исследованиях истерии и гипнотизма» (1891) отмечает, что пациенты возвращаются к какому-то моменту в прошлом и ведут себя так, будто никаких событий после этого момента не происходило *(В.М.)*.

[10] *(стр. 220) ...Сесилия М. была необыкновенно одаренной личностью, об утонченности эстетического чувства которой свидетельствовали изящные стихи, что она слагала.* – Любопытно отметить, что именно книга стихов Анны фон Либен (см. прим. 12 к стр. 94), изданная после ее смерти и обнаруженная в личной библиотеке Фрейда, помогла исследователю Свейлзу установить личность этой пациентки. (См. Swales, Peter. Freud, his Teacher and the Birth of Psychoanalysis. New Jersey: The Analytic Press, 1986) *(С.П.)*.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ; 1895 (ЙОЗЕФ БРЕЙЕР)

[1] *(стр. 226) ... не согласны с Мебиусом...* — Брейер приводит выдержку из статьи Мебиуса (см. прим. 6 к стр. 22) «О понятии истерии» (Ґber den Begriff der Hysterie, 1888) *(С.П.)*.

[2] *(стр. 229) ... я присоединяюсь к мнению Мейнерта...* — Мейнерт, Теодор Герман (1833—1892) — австрийский невролог и психиатр, основатель научной школы, автор трудов по вопросам строения и функций головного и спинного мозга (1865, 1869). Мейнерт полагал, что психика человека обусловлена деятельностью переднего мозга, а между корой больших полушарий и подкорковыми образованиями существует взаимосвязь. Ведущую роль он отводил коре больших полушарий, приписывая подкорковым образованиям функцию первоначальной обработки психических процессов. Многие расстройства психической деятельности, по его мнению, являются результатом нарушения обменных процессов, протекающих в мозговых центрах. Мейнерт описал галлюцинаторный психоз, впоследствии получивший название «аменция Мейнерта», и оказал влияние на многих австрийских неврологов и психиатров, в том числе на Фрейда, который с 1882 года проходил стажировку под началом Мейнерта в возглавляемой им второй психиатрической клинике при главной больнице в Вене. В письме, адресованном в 1883 году своей невесте Марте Бернайс, Фрейд отмечает, что Мейнерт «вдохновляет больше, чем толпа друзей» и характеризует Мейнерта как ученого, «чьи труды и личность увлекали» его «в студенческие годы». (Из письма Марте Бернайс от 21 июня 1883 г. Gesammelte Werke, Bd. 14, S. 35.) *(С.П.)*

[3] *(стр. 230) ... головная боль может возникнуть из-за ... изменений... в околоносовых пазухах...* — По всей видимости, Брейер намекает на теорию Вильгельма Флисса, который полагал, что нос на физиологическом уровне связан с половыми органами, и в статье 1893 года «Невроз назального рефлекса» утверждал, что открыл расстройство под таким названием (Die nasale Reflexneurose, 1893b). В статье, озаглавленной «Связь между носом и женскими половыми органами» (Die Beziehung zwischen Nase und weiblichen

Geschlechtsorganen, 1897a), он высказал предположение о том, что на состояние носа влияет «аномальное сексуальное удовлетворение», вызывающее воспаление на определенных участках носовой раковины, которое, в свой черед, сказывается на состоянии всего организма и может стать причиной появления желудочных болей, недомоганий в период менструаций, а также маточных кровотечений *(С.П.)*.

[4] *(стр. 231) ... данные Бине и Жане...* — данные о причинах возникновения гемианастезии приведены в нескольких работах Пьера Жане (см. прим. 5 к стр. 21) и Альфреда Бине (см. прим. 4 к стр. 21) (Janet, L'automatisme psychologique, 1889; Janet, Quelques definitions recentes de l'hysterie, 1893; Janet, L'é tat mental des hysteriques1894; Binet, Les alterations de la personnalite, 1892).

[5] *(стр. 231)* гемианестезия — см. прим 3 к стр. 19.

[6] *(стр. 231) ... изменение степени возбудимости центральной нервной системы... Оппенгейм. Лабильность молекул.* — Оппенгейм, Герман (1858—1919) — немецкий невропатолог, ученик К. Вестфаля, автор научных трудов о центральной нервной системе, сифилисе, энцефалите, полиневрите, опухолях головного и спинного мозга. В 1890 году Оппенгейм выдвинул теорию травматического невроза, обусловленного изменением степени возбудимости центральной нервной системы под воздействием сильного внешнего раздражения. Брейер ссылается на труд Оппенгейма «Лабильность молекул», изданный в 1890 году (Oppenheim, Labilitaet der Molekuele, 1890). В личной библиотеке Фрейда была одна книга Оппенгейма: Опенгейм, Г. Учебник нервных болезней для врачей и студентов (Oppenheim, H.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten fur Arzte und Studierende. 1894) *(С.П.)*.

[7] *(стр. 233)* ...понятие «возбуждения, которое необходимо излить или отреагировать»... — такой формулировки в «Предуведомлении» нет *(С.П.)*.

[8] *(стр. 233)* ... «нисхожденье к Матерям»... — вручая Фаусту ключ от обители Матерей, хранительниц тайны бытия, Мефистофель произносит следующую фразу: «Не так он прост, как кажется на вид, // Волшебный ключ твой верный направитель // При нисхожденье к Матерям в обитель» (И. В. Гете. Фауст. Часть вторая. Действие первое. Пер. с нем. Б. Пастернака).

[9] *(стр. 234) ... Экснер именует межклеточным столбняком...* — Экснер фон Эвартен, Зигмунд (1846-1926) — выдающийся авст-

рийский физиолог, ученик Брюкке и Гельмгольца, один из основателей современной физиологии, автор трудов о физиологии органов чувств, функциях зрительной коры головного мозга и принципах установления связей в тканях мозга. Брейер ссылается на работу Экснера «Набросок физиологической теории психических явлений», изданную в 1894 году (Exner, Sigmund: Entwurf zu einer physiologischen Erklarung der psychischen Erscheinungen, 1894). В этой работе Экснер попытался сформулировать естественнонаучную теорию психических явлений, заложил основы теории проторения и представил первую схему нейронной сети. Фрейд познакомился с Экснером в период работы в лаборатории Брюкке, где он свел знакомство и с Брейером. Впоследствии Экснер стал преемником Брюкке на посту заведующего кафедрой физиологии Венского университета и, будучи советником министерства образования, содействовал Фрейду в получении должности экстраординарного профессора (см. письмо Фрейда Вильгельму Флиссу от 11 марта 1903 г.). Одна из книг Экснера была в личной библиотеке Фрейда: Экснер, З. Исследование локализации функций в коре больших полушарий головного мозга человека. (Exner, S. Untersuchungen uber die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen. 1881) *(С.П.)*.

[10] *(стр. 237) ...писал Кабанис...* – Кабанис, Пьер Жан Жорж (1757-1808) – французский философ и физиолог, выдвинувший постулат о наличии непосредственной связи между мышлением и физиологическими функциями организма. Брейер приводит выдержку из главного многотомного труда Кабаниса «Взаимосвязь тела и души человека», который составили лекции, прочитанные автором в парижском институте медицины в период 1796-1797 гг. и записанные в 1802 году. (Cabanis, Rapports du physique et du moral de l'homme Bd. 3, 1824. р. 153) *(С.П.)*.

[11] *(стр. 238) (Фрейд)* – В начале «Истории психоаналитического движения» (1914) Фрейд комментирует это место: «Брейер при всяком упоминании о конверсии в своем теоретическом очерке ставит в скобках мое имя, как будто эта первая попытка теоретического обоснования была исключительно моим научным открытием. Я думаю, что меня можно считать лишь автором термина, между тем, как догадались мы об этом явлении оба одновременно» (S.Freud. Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung.//S. Freud Selbstdarstellung. Fischer, 1993, S.145).

[12] *(стр. 243) ...Ланге верно заметил...* — Ланге, Карл Георг (1834 — 1900) — датский медик, физиолог и философ, с 1885 года профессор Копенгагенского университета, автор курса лекций на тему маниакально-депрессивного психоза (Om periodiske Depressionstilstande, 1886). Брейер ссылается на знаменитый труд Ланге «О душевных порывах» (Om Sindsbevaegelser, 1885, S. 62-64; нем. перев. Über Gemutsbewegungen, 1887), в котором он выдвинул сосудо-двигательную теорию эмоций. По мнению Ланге, эмоции представляют собой субъективные образования, возникающие в ответ на нервное возбуждение, обусловленное иннервацией и расширением кровеносных сосудов висцеральных органов. Это предположение, которое независимо от Ланге высказал в 1894 году и американский психолог Уильям Джеймс, получило название теории Джеймса—Ланге *(С.П.)*.

[13] *(стр. 245) ...* по словам Оппенгейма, «ненормальный способ выражения душевных порывов»... — такой формулировки в книге Оппенгейма «Лабильность молекул» (см. прим. к с. 120) нет *(С.П.)*.

[14] *(стр. 249) «Ибо разны и ликом не схожи // Скрытый гнев и прорвавшийся гнев»* — цитата из трагедии «Мессинская невеста» Шиллера.

[15] *(стр. 255) ...в повести о брадобрее Мидаса, который... выкрикнул заветное слово в заросли камыша...* — согласно одному из многочисленных мифов о царе Мидасе, Апполон повелел, чтобы у Мидаса выросли ослиные уши в наказание за то, что Мидас, будучи судьей на музыкальном поединке между богами, отдал предпочтение Пану. С тех пор Мидас всегда появлялся на людях в особом головном уборе, который скрывал его ослиные уши. Об этой особенности царя стало известно его брадобрею, который поклялся хранить молчание, но, изнывая от желания рассказать об увиденном, выкопал на берегу реки ямку и шепнул в нее: «У царя Мидаса ослиные уши!» Вскоре тайна царя Мидаса стала известна всем, поскольку на этом месте вырос тростник, в шелесте которого можно было расслышать слова брадобрея *(С.П.)*.

[16] *(стр. 255)* ...в статье Бенедикта, выпущенной в 1889 году и перепечатанной в 1894 году в трактате «Гипнотизм и внушение»... — см. прим. 7 к стр. 22.

[17] *(стр. 255) В «Кинестезии» Маха...* — Мах, Эрнст (1838 — 1916) — выдающийся австрийский физик, философ и психолог. Работа

Маха под названием «Основные положения учения о кинестезии» увидела свет в 1875 году (Mach, Ernst. Grundlinien der Lehre von den Bewegungsempfindungen. Leipzig: Engelmann, 1875). Мах, возглавивший в 1895 году кафедру истории и теории индуктивных наук в Венском университете, поддерживал дружеские отношения с Брейером, который принимал участие в его исследованиях функций вестибулярного аппарата. Занимаясь экспериментальными исследованиями зрительного, слухового и двигательного восприятия, Мах сконструировал прибор для изучения двигательных иллюзий («барабан Маха») и разработал метод анализа воспринимаемого движения, основанный на том, что веки испытуемого фиксировались с помощью мягкой замазки. Книга Маха, впервые изданная в 1886 году и содержащая описание этих опытов, имелась и в личной библиотеке Фрейда (Mach, E.: Die Analyse der Empfindungen und das Verhaltnis des Physischen zum Psychischen. Jena: Gustav Fischer 1919; в русском переводе «Анализ ощущений и отношение физического к психическому», 2 изд., М., 1908). В 1886 г. Мах выдвинул тезис, согласно которому физические и психические явления имеют единый субстрат — «нейтральный опыт», состоящий из «элементов опыта»*(С.П.)*.

[18] *(стр. 256) Ретенционная истерия* – термин Фрейда и Брейера в целесообразности которого Фрейд сомневается уже в «Исследованиях истерии». Ретенция (лат. retentio – удержание) в психотерапевтическом смысле предполагает удержание внушения *(В.М.)*.

[19] *(стр. 257) ... симптом ... «сверхдетерминирован»...* Здесь впервые появляется понятие «сверхдетерминированный» [überdeterminiert], которым Фрейд активно пользуется в этой книге и дальше. Причем, сверхдетерминированность в «Исследованиях истерии» используется и как совокупность различных детерминированность порождающих бессознательные содержания факторов, и как разнородность бессознательных элементов, выстраивающихся в различные ассоциативные цепочки *(В.М.)*.

[20] *(стр. 257) ...я обязан господину ассистенту д-ру Паулю Карплюсу...* – Карплюс, Пауль – коллега Брейера, ассистент Крафта-Эббинга, с 1893 года лечащий врач Анны фон Либен (см. прим. 12 к с. 94) и муж ее дочери Валерии *(С.П.)*.

[21] *(стр. 267) ...по выражению Ромберга, «навязывают» их телу...* – Ромберг, Генрих Мориц (1795-1873) – выдающийся немецкий не-

вролог, директор больницы при берлинском университете, автор первого систематического трехтомного «Учебника нервных болезней человека», на который и ссылается Брейер (Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin, Alexander Duncker, 1840-1846. S. 192). Два тома этого учебника, который был признан классическим, имелись в личной библиотеке Фрейда (Romberg, Moritz Heinrich: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen, Bd. 1-2, Berlin: Alexander Duncker 1840-46) *(С.П.)*.

[22] *(стр. 274) ... возможность существования комплексов представлений...* Значение слова «комплекс», как пишут редакторы английского академического издания, очень близко в этом месте К.Г. Юнгу, который через десять лет будет широко им пользоваться *(В.М.)*.

[23] *(стр. 277) ... часть психики была «в беспросветной тьме»...* — автор использует фразу Мефистофеля, который в разговоре с Фаустом описывает свое существование такими словами: «... мы в беспросветной тьме живем» (И.В.Гете. Фауст. Часть первая, третья сцена. Перев. Б. Пастернака).

[24] *(стр. 279) По мнению Жане, истерия... представляет собой «une maladie de faiblesse»...* — в действительности, Жане называет истерию «une maladie par faiblesse» («заболевание от слабости»), указывая на то, что слабоумие лежит в основе этого заболевания, а не является его отличительной особенностью *(С.П.)*.

[25] *(стр. 281) ...святая Тереза, заступница и покровительница истериков...* — Тереза да Ахумада (1515—1582) — католическая святая, покровительница Испании, вошедшая в историю европейской духовной жизни под именем св. Терезы Авильской. Несмотря на склонность к припадкам, видениям, хроническим головным болям и потери сознания, Тереза Авильская смогла реформировать Кармелитский орден, к которому принадлежала, и основать тридцать два монастыря с обновленным уставом. Она написала несколько книг о подвижнической жизни, в частности, «Автобиографию», «Путь к совершенству», «Внутренний дворец» *(С.П.)*.

[26] *(стр. 283) ...Post equitem sedet atra cura...* — строка из Горация (Оды, III, I, 40) Кармина. «За всадником примостилась дурная весть».

[27] *(стр. 289) ...подобно Бертрану де Борну Уланда, «не нужно больше половины их ума»...* — цитата из баллады немецкого поэта

Людвига Уланда (1787-1862), посвященной известному провансальскому трубадуру и войну Бертрану де Бору (ок. 1135 – ок. 1210), который славил в своих сервентах войну *(С.П.)*.

[28] *(стр. 298) ...моют руки, испытывая... чувства, которые не давали покоя леди Макбет...* – В трагедии «Макбет» в сцене безумия леди Макбет тщетно пытается смыть со своих рук воображаемые пятна крови (В. Шекспир. Макбет. Пятый акт. Первая сцена).

[29] *(стр. 300)...от которых нам досталось в наследство само слово «истерия»...* в переводе с греческого «hystera» означает «матка». Вплоть до XIX века медики полагали, что истерия обусловлена заболеванием матки. Это замечание Брейера перекликается с начальными строками краткой статьи, которую Фрейд подготовил в 1888 году для публикации в энциклопедии под рубрикой «истерия» (1888b) *(С.П.)*.

[30] *(стр. 304) ...в отколовшейся части психики... гнездятся... бесы, которыми одержимы больные...* – Фрейд тоже не раз указывал на то, что средневековая вера в ведьм и одержимость бесами зиждется на превратном толковании истерических симптомов. См., в частности, отчет Фрейда о пребывании в Париже (Paris-Bericht, 1886, S. 76), статью «Истерия» (Hysterie, 1886b, S. 76) и некролог, посвященный Шарко (1893f; G.W. Bd.1, S.31), который очень интересовался этой темой. В лекции «Об истерии», прочитанной в 1895 году, Фрейд сравнил вытесненное представление, подготавливающее почву для истерического симптома, с пугливым бесом, который прячется от света. Спустя много лет, в предисловии к отчету об анализе истории болезни художника Кристофа Гейцманна, жившего в XVII веке, Фрейд высказался по этому поводу еще категоричнее:«Средневековая вера в бесов оказалась вернее соматических теорий, возникших в век «точной» науки. Одержимость – это и есть то, что мы называем неврозами, при толковании которых мы тоже ссылаемся на психические силы» (G.W. Bd.13, S.317f) *(С.П.)*.

[31] *(стр. 305) ...Тезей... говорит о трагедиях: «Даже самая лучшая из них – всего лишь игра теней»...* – Этот довод Тезей, герцог Афинский, в комедии «Сон в летнюю ночь» приводит в оправдание дурной игры актеров придворного театра (В. Шекспир. Сон в летнюю ночь. Пятый акт. Первая сцена).

О ПСИХОТЕРАПИИ ИСТЕРИИ

[1] *(стр. 311) ...навязчивые представления, соответствующие примерам, описанным Вестфалем...* — Вестфаль, Александр Карл Отто (1863—1941) — известный немецкий невролог и психиатр, впервые описавший агорафобию и предложивший рассматривать навязчивые состояния, согласно терминологии, введенной в 1868 году немецким психиатром Р. Крафтом-Эббингом (1840—1902), как обособленные заболевания, отличающиеся от патологической тревоги и депрессии (Westphal, C. F. O. Ueber Zwangvorstellungen, 1877). В личной библиотеке Фрейда имелась одна книга Вестфаля «Психиатрия и преподавание психиатрии» (Westphal C. F. O. Psychiatrie und psychiatrischer Unterricht, 1880) *(С.П.).*

[2] *(стр. 311) ... психологический механизм... нельзя назватьпатогномоническим для истерии...* — патогномический, патогномичный (от греч. pathos — страдание и gnomonikos — способный судить) —характерный, симптоматичный для определенной болезни.

[3] *(стр. 311) ... мне посчастливилось добиться ощутимых результатов...* Этот и три последующих абзаца были опубликованы Фрейдом в его статье о невропсихозах защиты (1894) и неврозах тревоги (1895). Фрейд здесь выделяет нозологическую единицу «истерия страха», в которой страх — очевидный симптом, но механизм психической работы близок конверсионной истерии. Наиболее детальное описание этой истерии содержится в истории болезни «Маленького Ганса» (1909).

[4] *(стр. 312) ...выявил еще Геккер...* —Геккер, Эвальд (1843—1899) — немецкий психиатр, друг и сотрудник Карла Людвига Кальбаума, вместе с которым ввел в научный обиход термин «гебефрения» и описал это заболевание. В библиотеке Фрейда находилась книга Геккера *Über larvirte und abortive Angstzustande bei Neurasthenie* (1893), на которую он ссылается в данном абзаце.

[5] *(стр. 322) ... лечения усиленным питанием по Вейру Митчеллу...* — Митчелл, Сайлас Вейр (1829—1914) — американский врач из штата Филадельфия, один из основоположников неврологии в США, создатель метода лечения нервных расстройств с помощью длительного постельного режима, обильного питания и массажа. Фрейд рецензировал немецкий перевод книги Вейра Митчелла

«Лечение неврастении и истерии некоторых видов» (Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie, 1877) *(С.П.)*.

[6] *(стр. 323) ... по примеру Бернгейма...* — см. прим. 8 к стр. 92.

[7]*... (стр. 324) для обозначения процесса цензурирования...* — Здесь впервые используется термин «цензура». Появление его Фрейд в письме Флиссу от 22 декабря 1897 года связывает с аналогией цензурирования, вымарывания слов, фраз, абзацев из газет на русской границе. Дальнейшая разработка этого понятия производится им в «Толковании сновидений» (1899) *(В.М.)*.

[8] *(стр. 333)... что... должно было объясняться фотопсией...* — фотопсия (от греч. phos, photos — свет и opsis — зрение) — ложное ощущение света в глазах в виде искр, вспышек, светящихся линий, колец, пятен, огненных поверхностей, зигзагов, молний, блеска и др.

[9] *(стр. 349) ...провести экстирпацию...* — экстирпация (от лат. exstirpo — искоренять) — хирургическая операция полного удаления какого-либо органа, преимущественно при его поражении злокачественной опухолью.

[10] *(стр. 362) ...перенос на врача...* — Здесь впервые в психоаналитическом смысле слова появляется понятие «перенос». Причем, перенос понимается как «искусственная болезнь», замещающая клинический невроз *(В.М.)*.

СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА

Том 1. *Исследования истерии* (1895).

Том 2. *Толкование сновидений* (1899).

Том 3. *Статьи о сновидениях и толковании сновидений.* Вещий сон (1899: 1941); О сновидении (1901); Сновидения в фольклоре (1911: 1958); Сновидение как аргумент (1913); Сказочные мотивы в сновидениях (1913); Сновидение и телепатия (1922); Некоторые дополнительные замечания об основных принципах толкования сновидений (1925).

Том 4. *Психопатология обыденной жизни* (1901).

Том 5. *Остроумие и его отношение к бессознательному* (1905).

Том 6. *Три очерка по теории сексуальности* (1905).

Том 7. *Статьи о любви и сексуальности.* Покрывающие воспоминания (1899); О половом просвещении детей (1907); Инфантильные сексуальные теории (1908); Семейный роман невротиков (1909); О психологии любви (1910; 1912; 1918); Два образчика детской лжи (1913); Превращение влечений в свете анального эротизма (1917); Инфантильная генитальная организация (1923); Конец эдипова комплекса (1924); Некоторые психические последствия анатомического различия между полами (1925); О либидозных типах (1931); Женская сексуальность (1931).

Том 8. *Истории болезни.* Фрагмент анализа истерии (1905); Анализ фобии пятилетнего мальчика (1909).

Том 9. *Истории болезни 2.* Заметки об одном случае невроза навязчивого состояния (1909); Из истории одного инфантильного невроза (1919).

Том 10. *Истории болезни 3.* Случай паранойи (1911); Один случай невротической одержимости дьяволом в семнадцатом веке (1923).

Том 11. *Динамика переноса.* Применение толкования сновидений в психоанализе; Динамика переноса; Рекомендации врачу, проводящему психоаналитическое лечение (1912); Начальный этап лечения (1913); Воспоминание, повторение и переработка (1914); Заметки о любви в переносе (1915); Анализ конечный и бесконечный (1937).

Том 12. *Статьи о психоаналитической клинической теории.* На каких основаниях можно выделить из комплекса симптомов неврастении определенный синдром — «невроз тревоги (1895); Об этиологии истерии (1896); Роль сексуальности в этиологии неврозов (1898); Мои взгляды на роль сексуальности в этиологии неврозов (1906); Истерические фантазии и их связь с бисексуальностью (1908); Характер и анальный эротизм (1908); Общие сведения об истерическом припадке (1909); (Психогенное зрительное расстройство в свете психоанализа (1910); Невротические типы приобретения болезни (1912); Предрасположенность к неврозу навязчивого состояния. К вопросу о выборе невроза (1913); Сообщение об одном случае паранойи, противоречащем психоаналитической теории (1915); Ребенка бьют (1919); О психогенезе одного случая женской гомосексуальности (1920); Некоторые невротические механизмы ревности, паранойи и гомосексуальности (1922); Невроз и психоз (); Утрата чувства реальности при неврозе и психозе (1924); Торможение, симптом и страх (1926).

Том 13. *Тотем и табу* (1912).

Том 14. *Статьи по метапсихологии.* Описание двух основополагающих элементов психического процесса (1911); Некоторые замечания о значении термина «бессознательное» в психоанализе (1912); Введение в нарциссизм (1914); Влечения и превратности влечений (1915); Вытеснение (1915); Бессознательное (1915); Метапсихологическое дополнение к теории сновидений (1917); Скорбь и меланхолия (1917);.

Том 15. *Статьи по метапсихологии 2.* По ту сторону принципа удовольствия (1920); Я и оно (1923); Экономическая проблема мазохизма (1924); Заметка о «чудесном блокноте» (1925); Отрицание (1925); Фетишизм (1927); Расщепление я в процессе защиты (1938).

Том 16. *Статьи по теории культуры.*

Массовая психология и анализ я (1921); Будущее одной иллюзии (1927).

Том 17. *Статьи по теории культуры 2.* Неудобство культуры (1930); «Культурная» половая мораль и нервозность современной жизни (1908); Мысли о войне и смерти, навеянные текущими событиями (1915); Почему война? (1933).

Том 18. *Статьи по психологии религии.* Моисей-человек и монотеистическая религия (1939); Навязчивые действия и религиоз-

ные ритуалы; Предисловие к «Проблемам психологии религии» Т. Рейка; Обретение огня (1932); Психоанализ и телепатия (1921).

Том 19. *Об искусстве и художниках.* Бред и сны в «Градиве» В.Йенсена (1907); Одно детское воспоминание Леонардо да Винчи (1910); Расстройство памяти на Акрополе (1936).

Том 20. *Об искусстве и художниках 2.* Психопаты на сцене (1906); Поэт и воображение (1908); Мотив выбора ларца (1913); Моисей Микелянджело (1914); Дополнение к статье о Моисее Микеланджело (1927); Преходящее (1916); Некоторые типы характера, изученные в ходе психоаналитической работы (1916); Параллели между мифологией и одним образным навязчивым представлением (1916); Детское воспоминание из «Поэзии и правды» (1917); О жутком (1919); Достоевский и отцеубийство (1928); Премия Гете (1930); Заключение совета факультета по процессу Гальсмана (1931); Предисловие к книге Мари Бонопарт «Эдгар По, психоаналитический очерк» (1933); Голова медузы (1940).

Том 21. *Автопортрет.* Краткая автобиография (1885); Отчет о моей стажировке в Париже, предпринятой благодаря юбилейной стипендии университета (1886); Автопортрет (1925); Автобиографическая заметка (1899); Об истории психоаналитического движения (1914); Краткий очерк психоанализа (1924); Сопротивление психоанализу (1925).

Том 22. *Вводные лекции по психоанализу* (1917).

Том 23. *Новый цикл вводных лекций по психоанализу* (1933).

Том 24.*Очерк психоанализа.* Очерк психоанализа (1940); О психоанализе (1909); Интерес к психоанализу (1913); Трудности при психоанализе (1917); Психоанализ (1923); Теория либидо (1923); К вопросу о любительском анализе (1926); Конструкции при анализе (1937).

Том 25. *Статьи о кокаине.* О коке (1884); Сведения о воздействии коки (1885); Общее воздействие коки (1885); Экспертное заключение о кокаине Парке (1885); Заметки о кокаинизме и страхе перед кокаином (1887).

Том 26. *К вопросу о трактовке афазии* (1891).

Информацию о выходе томов и стоимости изданий можно получить по телефону: (812) 235-28-80.

Книги высылаются наложенным платежом после поступления заявки с гарантией оплаты.

Заявки можно присылать по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., 18-А, издательство «Восточно-Европейский Институт Психоанализа» или по электронной почте: editor@oedipus.ru.

СОДЕРЖАНИЕ

ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА

Лицензия Министерства Образования РФ № 24-0426 от 4.06.2001
Свидетельство о Государственной аккредитации № 0106 от 19.07.2001

Восточно-Европейский Институт Психоанализа учрежден в 1991 году и является первым высшим учебным заведением подобного профиля в России, реализующим полномасштабную психологическую и психоаналитическую подготовку специалистов, включая: первое и второе высшее образование, профессиональный тренинг психологов и психотерапевтов, а также супервизорскую поддержку начала их практической деятельности.

Институт осуществляет ежегодный набор лиц для подготовки:

- на базе полного среднего образования — по специальности «Психология» и специализации «Клиническая психология» (дневная форма обучения — 5-летний курс; вечерняя и заочная формы — 6 лет);
- на базе высшего образования — по специальности «Психология» и специализации «Клиническая психология» и «Психоанализ» (вечерняя и заочная формы обучения — 3-летний курс).

В рамках дополнительной послевузовской подготовки в Институте действуют специализации:

- «Психология и психопатология терроризма и локальных войн»;
- «Посттравматические стрессовые расстройства»;
- «Клинический психоанализ и психотерапия»;
- «Групповой психоанализ»;
- «Детский психоанализ»,
- «Прикладной психоанализ» (социология, политология, педагогика, реклама и т. д.).

По завершении обучения выдается государственный диплом Министерства образования РФ в соответствии с государственной лицензией и аккредитацией ВУЗа — по специальности «Психология. Преподаватель психологии» (020400) и полученной специализации.

Обучение на старших курсах предусматривает проведение профессионального психотерапевтического тренинга на базе Учебно-методического центра Института (для владеющих английским — с супервизорами из зарубежных психоаналитических центров).

Прием на первый курс осуществляется:

- первое высшее образование — по результатам конкурсных (письменных) экзаменов по русскому языку и биологии (принимаются сертификаты ЕГЭ);
- второе высшее образование — по результатам собеседования и/или (для иногородних) изучения личных дел (включая копию диплома с вкладышем).

Перевод на последующие курсы — по показателям успешности обучения.

При высоком конкурсе кандидатов преимущественным правом зачисления на базовый цикл обучения пользуются военнослужащие и участники спецопераций МО, МВД и МЧС, а на второе высшее образование и специализации — лица, уже имеющие высшее медицинское или психологическое образование

Лекционные и семинарские занятия ведут преподаватели Института, а также специалисты из психоаналитических центров Англии, Франции, Германии, США и других стран (с синхронным переводом). Эти занятия (ежегодно около 200 часов лекций, семинаров и клинических разборов — сверх программы) предоставляются студентам Института без дополнительной оплаты.

Институт располагает современными аудиториями, компьютерным классом, читальным залом, студенческим кафе, Музеем Сновидений, уникальной библиотекой психологической и психоаналитичес-

кой литературы на русском и иностранных языках, включающей как классические работы по профилю деятельности Института, так и все новейшие публикации на русском, английском и немецком языках. Студенты всех курсов и потоков обеспечиваются рекомендованной к изучению специальной литературой на магнитных носителях. В Институте имеется Издательский отдел, где только за последние годы были изданы десятки методических пособий и ряд монографии, в том числе: «Современная российская ментальность»; «Психодинамика и психотерапия депрессий»; «Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора»

Институт входит в число организаций, привлекаемых к разработкам и экспертизам по поручения Администрации Президента РФ и Совета Федерации РФ, а ректор Института является членом Экспертной группы «Санкт-Петербургского диалога «Путин-Шредер» и членом Экспертного совета при Председателе Совета Федерации РФ.

На базе Института ежегодно проводятся всероссийские и международные конференции по проблемам психотерапии, психологии терроризма и психоанализа, в которых в качестве зонтичных организаций участвуют также МО РФ, МВД РФ, МЧС РФ и ведущие общественные организации ученых России: Российское Социологическое Общество, Российское Философское Общество, Российское Психологическое Общество и др.

Оплата обучения:

- первое высшее образование — эквивалентно 50 МРОТ;
- второе высшее образование — 42 МРОТ.

В отдельных случаях допускается внесение годовой оплаты по частям — 50% до начала осеннего семестра обучения, и 50% — в период до 1 марта текущего года обучения.

Адрес для переписки: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., 18-А, Восточно-Европейский Институт Психоанализа.

Телефоны для справок: учебный отдел — (812) 235-11-39; бухгалтерия — (812) 235-58-10; референт ректора — (812) 235-28-57 (+ факс).

Расчетный счет Института: высылается по запросу.

Перспективы занятости на рынке психологических и психотерапевтических услуг: на 2003 год укомплектованность системы здравоохранения дипломированными врачами-психотерапевтами и психологами составляла, соответственно, 19% и 3%. В России действует всего четыре тысячи дипломированных психотерапевтов и около восьми тысяч психологов (в сравнимых по количеству населения США, соответственно, 80 тысяч и 180 тысяч, то есть — в 30–40 раз больше).

Перспективы спроса: реальная потребность только Минздрава в дипломированных психологах составляет 60 тысяч (с 1968 года, когда в СССР были открыты психологические факультеты, по 2001 год всеми высшими учебными заведениями России было подготовлено около 10 тысяч психологов). В негосударственном секторе спрос характеризуется наличием более 300 тысяч магов, колдунов, экстрасенсов и т. д., по сути, использующих ситуацию отсутствия квалифицированных кадров.

Перспективы оплаты труда: начинающий психолог или психотерапевт психоаналитической ориентации зарабатывает в среднем около 300–500 руб. в день. Опытный специалист — до 1,5– 2,5 тыс. руб. в день. Психоаналитики-имиджмейкеры и политологи — от 1 тыс. до 5 тыс. долл. в месяц.

Институт расположен по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., дом 18-А — в старинном особняке XIX века в центре города. Кафе-клуб «Бергассе-19», библиотека и читальный зал, кинолекторий, музей, встречи с представителями российской и западной науки и культуры в европейских аудиториях, а также оказание консультативной и терапевтической помощи на базе Учебно-методического центра доступны для всех желающих.

Проезд: от ст. метро «Спортивная» — 3 мин. пешком; от ст. метро «Петроградская» (троллейбусы № 1, 12 и 31, автобусы № 10 и 128) или от ст. метро «Невский пр.» (троллейбусы NN1 или 7) до ост. «Съезжинская ул.».

Научно-исследовательская деятельность. Институт выполняет разработки и исследования по актуальным психотерапевтическим, социально-психологическим, социально-экономическим и политологическим проблемам. За прошедший период заказчиками Института являлись Администрация Президента РФ, Правительство РФ, Министерства образования и здравоохранения РФ, Администрация Санкт-Петербурга, ведущие государственные и коммерческие структуры, а также массовые периодические издания (газеты и журналы) города и России. Сотрудниками Института издано 7 монографий и более 350 статей по актуальным проблемам психологии, психотерапии, социологии политологии, педагогики и культурологии. Все исследования проводятся с помощью современных технологий.

Состав кафедр Института:

1) Общей, возрастной и дифференциальной психологии.
2) Психофизиологии человека (с курсами биологии, анатомии и физиологии человека, генетики и математической статистики).
3) Исторической антропологии (философии и истории сознания).
4) Медицинской пропедевтики (внутренних и психических болезней).
5) Основ психотерапии (с курсом общей и медицинской этики).
6) Сексологии и сексопатологии.
7) Психологической диагностики.
8) Психоаналитической терапии.
9) Теории психоанализа.
10) Истории психоанализа.
11) Общегуманитарных дисциплин (экономики, социологии и права).
12) Иностранных языков.

Кадровый состав. В Институте работают 7 докторов и 17 кандидатов наук. Преподаватели с учеными степенями и званиями составляют 52%. Среди учредителей, преподавателей и сотрудников Института заслуживают особого упоминания такие ученые как профессор В. И. Гарбузов, профессор О. С. Дейнеко, профессор М. С. Каган, профессор Г. Ф. Сунягин, профессор А. В. Чечулин, кандидат психологических наук С. В. Авакумов, кандидат психологических наук Ю. А. Баранов, кандидат медицинских наук М. В. Екимов, кандидат медицинских наук А. И. Куликов, кандидат психологических наук И. С. Лукина, кандидат философских наук В. А. Мазин, кандидат биологических наук С. Е. Маневский, кандидат психологических наук Н. А. Муханова, кандидат психологических наук Д. С. Рождественский, кандидат психологических наук Е. В. Романова, кандидат философских наук Н. М. Савченкова, кандидат культурологии Е. Г. Сидорова, кандидат медицинских наук В. А. Шамов, врач-психотерапевт высшей квалификации А. А. Щеголев, психологи-психоаналитики и преподаватели Ю. Л. Бердникова, М. В. Машовец и др.

Администрация Института:

Ректор Института — доктор психологических наук и кандидат медицинских наук, профессор Решетников Михаил Михайлович. Проректор по методической работе — кандидат психологических наук Муханова Надежда Александровна. Проректор по клинической работе — кандидат медицинских наук Куликов Андрей Иванович. Проректор по научной работе — кандидат психологических наук Баранов Юрий Александрович. Руководитель УМЦ — кандидат медицинских наук Шамов Владимир Александрович. Главный бухгалтер — Светлана Викторовна Ткачева. Референт ректора — Наталья Владимировна Мищенко.

Информация по любым дополнительным вопросам предоставляется. E-mail: *rector@oedipus.ru* или *veip@yandex.ru*. Тел./факс: (812) 235-28-57. Сайт: *http://oedipus.ru*

Зигмунд Фрейд
Собрание сочинений в 26 томах
Том 1. Исследования истерии

Выпускающий редактор *М. Красноперова*
Редактор *Е. Сергеева*
Верстка *Е. Кузьменок*
Корректоры *Т. Брылева, А. Селезнева*

Издательство ВЕИП
197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., д. 18-А
Телефон: (812) 235-28-80
E-mail: editor@oedipus.ru
www.oedipus.ru

Лицензия ИД 02584 от 18.08.2000.

Подписано в печать 20.04.05. Формат 60×84 1/16.
Печать офсетная. Печ. л. 29. Тираж 3000 экз.
Заказ № 1497.

Отпечатано с диапозитивов в ФГУП «Печатный двор»
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

ЗИГМУНД
ФРЕЙД

ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТЕРИИ

ЗИГМУНД ФРЕЙД

1

John Murray 1930. Er enthält
die These, daß diese Gedichte
an den Earl of Southampton
gerichtet waren und von
dem Earl of Oxford herstam-
men. Ich bin wirklich nahezu
überzeugt, daß Edw. de Vere
als [illegible] [illegible] unser
Shakespeare [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] begreifen
[illegible] Sonette [illegible] außerordent=
lich an [illegible]
Ihr sehr ergebener
Freud